

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
LYSON MARCOUX

L'INFLUENCE DES STRATÉGIES DE COPING SPÉCIFIQUES AU CANCER
SUR LA SATISFACTION CONJUGALE DES COUPLES DONT LA
FEMME A REÇU UN DIAGNOSTIC DE CANCER DU SEIN

JUILLET 2001

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Le cancer du sein demande de grandes habiletés d'adaptation pour un couple. Il représente une menace à l'équilibre conjugal et soulève une tension. Cette tension peut se traduire par une altération de la qualité de la relation ou un renforcement des liens, selon la façon dont les conjoints s'adapteront. D'un point de vue individuel, la littérature sur le coping a clairement démontré l'efficacité de certaines stratégies sur l'adaptation psychologique au cancer. À ce niveau, Dunkel-Schetter et al. (1992), ont fait ressortir cinq modes de coping spécifiques au cancer : la centration sur le positif, la recherche de support social, la distanciation, la fuite/évitement cognitif et la fuite/évitement comportemental. Toutefois, peu de recherches ont considéré l'influence du coping dans une perspective conjugale. La présente étude vise donc à mieux comprendre le lien entre les modes de coping spécifiques au cancer et l'ajustement conjugal. Recruté avec la collaboration du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières, l'échantillon total est composé de 27 couples et de 13 femmes dont le conjoint n'a pas participé à l'étude ($N = 67$). La durée moyenne de vie commune est de 24.6 ans. En moyenne, il s'était écoulé 2.25 ans depuis l'annonce du premier diagnostic. Chaque participant a complété, individuellement, un questionnaire d'informations générales, le Ways of Coping-Cancer de Dunkel-Schetter et al. (1992) et l'Échelle d'Ajustement Dyadique (Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986). Les analyses de régression, effectuées d'abord auprès des couples (hommes et femmes pris séparément), n'ont pas donné de résultat significatif. Les analyses de différences de moyennes ont cependant fait ressortir des différences significatives quant aux styles de coping privilégiés par les femmes et les hommes. À

titre exploratoire, des analyses complémentaires ont été effectuées sur l'ensemble des femmes ($n = 40$). Les résultats démontrent que les stratégies de coping spécifiques au cancer expliquent une part significative de la variance de l'ajustement dyadique. Il semble donc que les styles de coping spécifiques au cancer soient en lien avec l'adaptation conjugale chez les femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein. Cependant, cette hypothèse n'a pas été confirmée pour les hommes.

Table des Matières

Liste des tableaux.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	5
Impact du cancer sur la femme.....	6
Impact du cancer sur le partenaire.....	8
Impact sur les deux conjoints d'un point de vue systémique.....	10
Impact sur la relation et les différentes sphères de la vie conjugale.....	11
Le partage des rôles et des responsabilités.....	11
Le fonctionnement sexuel.....	12
La communication.....	14
Impact positif de la maladie sur la relation.....	15
Prédicteurs de l'ajustement conjugal au cancer.....	17
Facteurs reliés à la maladie.....	17
Le stade de la maladie.....	17
Les étapes de la maladie.....	18
La période précédant le diagnostic.....	18
L'influence du type de chirurgie.....	19
Les traitements et les effets secondaires.....	20
La période du suivi.....	22
La récurrence.....	22
La durée de la maladie.....	23

Facteurs reliés au contexte psychosocial.....	24
L'âge et l'étape développementale.....	24
Facteurs reliés à la relation	25
La durée de la relation.....	25
La qualité de la relation avant le diagnostic.....	25
La communication	26
Les facultés d'adaptation des deux conjoints	26
Le coping	27
Définition du concept de coping.....	27
Efficacité des stratégies de coping.....	30
Les stratégies de coping et le cancer.....	31
Le coping et le cancer du sein.....	33
Le coping considéré dans une perspective transactionnelle	35
Le coping considéré dans une perspective transactionnelle dans l'expérience du cancer du sein	38
Les questions de recherche	42
Méthode	44
Participants.....	45
Instruments de mesure	48
Le questionnaire d'informations générales	48
Le Ways-of-Coping-Cancer.....	48
L'Échelle d'ajustement dyadique.....	49
Résultats.....	51
Analyses descriptives.....	52

Caractéristiques médicales.....	52
Autres sources de stress	53
Ressources complémentaires	54
La satisfaction conjugale.....	54
Les corrélations entre les stratégies de coping utilisées.....	55
Question 1 : Les différences quant aux stratégies privilégiées par les hommes et par les femmes.....	57
Analyses inférentielles	59
Question 2	59
Question 3	60
Analyses complémentaires.....	61
Discussion	63
Impact du cancer du sein sur la satisfaction conjugale.....	64
Analyses qualitatives	66
Analyses inférentielles	69
La taille de l'échantillon	69
Le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic	70
L'étape de la maladie.....	71
Les corrélations curvilinéaires	71
Analyses complémentaires.....	72
Forces et faiblesses de l'étude	73
Limites des résultats.....	74
Orientations des recherches futures	75
Conclusion	78

Références.....	82
Appendice A : Classification diagnostique pour le cancer du sein.....	89

Liste des Tableaux

Tableau

1	Caractéristiques relatives à la maladie des femmes.....	53
2	Corrélations entre les scores obtenus aux sous-échelles du Ways of Coping-Cancer pour les patientes	56
3	Corrélations entre les scores obtenus aux sous-échelles du Ways of Coping-Cancer pour les conjoints	57
4	Moyennes et écart-types des scores obtenus aux sous-échelles du Ways of Coping-Cancer	58
5	Coefficients de régression des stratégies de coping sur la satisfaction conjugale des 40 femmes.....	62

Remerciements

En premier lieu, je désire exprimer ma gratitude à mon directeur de recherche, Monsieur Pierre Racine Ph.D., professeur au département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, grâce à qui j'ai beaucoup appris. En second lieu, je tiens à souligner la collaboration du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRTTR) pour le recrutement des participants et remercier plus spécifiquement Madame Carmen Trottier M.A., psychologue dans cet établissement pour son support et son intérêt à ce projet. Mes derniers remerciements vont à Madame Caroline Charest, pour ses précieux conseils lors de la réalisation des analyses statistiques.

Introduction

L'Institut National du Cancer du Canada estime, pour l'année 2001, qu'il y aura 134 100 nouveaux cas de cancer et 65 300 décès dus à cette maladie. Le cancer du sein, pour sa part, représente le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes et la deuxième principale cause de décès par cancer chez celles-ci après le cancer du poumon. À l'heure actuelle toutefois, grâce aux différents programmes de dépistage précoce et aux traitements plus efficaces, le pronostic de guérison est nettement meilleur.

Même si le diagnostic de cancer n'est plus synonyme de mort, il représente tout de même un des événements de vie les plus négatifs qui soit (Klauer, Ferring, & Filip, 1998). Il bouleverse la vie de la personne qui en est atteinte à plusieurs niveaux (physique, psychosocial, émotionnel, spirituel). En ce sens, il constitue une menace à l'équilibre psychologique de la femme, d'autant plus que les demandes d'adaptation qu'il entraîne peuvent se poursuivre durant plusieurs mois, voire des années.

La menace du cancer affecte également l'homéostasie du système familial et, plus spécifiquement, conjugal, étant donné que la maladie représente un stress venant s'ajouter aux autres sources de stress inhérentes au développement de la famille et de ses membres.

Les recherches effectuées sur le vécu des couples dont la femme est atteinte du cancer du sein mettent en évidence les nombreux changements et défis adaptatifs

auxquels les couples ont à faire face. Sachant que le stress vécu par le couple peut affecter plusieurs sphères de leur vie ainsi que la qualité de leur relation conjugale, il semble intéressant d'étudier quels moyens les couples utilisent pour gérer ce stress et s'adapter. Les auteurs se sont d'ailleurs attardés à identifier les différents facteurs influençant le vécu des couples et modérant la réaction de stress. Parmi ceux-ci, le coping, c'est-à-dire la façon dont l'individu affrontera l'événement, constitue une variable de premier ordre. En fait, le coping a un rôle adaptatif majeur et des effets sur l'état psychologique de l'individu en cas de stress.

Toutefois, le fait de considérer le coping dans un aspect uniquement individuel limite la compréhension du phénomène complexe que représente l'adaptation au cancer du sein. L'aspect mutuel et transactionnel du coping constitue une variable non négligeable. En ce sens, il est important de comprendre le processus transactionnel du coping des couples face à la maladie, en considérant la réponse de chacun des partenaires face à celle-ci et leurs effets sur la satisfaction conjugale.

Donc, sachant que le cancer affecte le couple en tant que système, que l'expérience de la maladie est partagée par les deux conjoints et que chacun déploie de grands efforts d'adaptation, cette étude vise à mieux comprendre l'expérience complexe que représente l'ajustement à une maladie comme le cancer au niveau conjugal. À titre exploratoire, cette recherche vise, dans un premier temps, à mieux cibler les types de stratégies de coping spécifiques au cancer impliqués dans l'ajustement conjugal.

De plus, étant donné que la littérature sur le coping indique une différence selon le sexe dans le choix des stratégies de coping utilisées, cette étude vise également à vérifier si, dans une expérience spécifique comme le cancer du sein, les stratégies privilégiées par les hommes et les femmes sont similaires ou non.

En somme, le contexte théorique s'attardera plus spécifiquement à identifier quelles sont les demandes d'adaptation relatives au cancer, l'impact que la maladie peut avoir sur la femme et son conjoint et sur certaines sphères de leur vie conjugale. Par la suite, les différents facteurs influençant l'adaptation ainsi que le rôle joué par les stratégies de coping sur la satisfaction conjugale seront présentés à partir de la littérature pertinente. Cette section sera suivie de la description de la méthode utilisée pour recueillir les données. Les résultats seront ensuite présentés, puis discutés à la lumière des connaissances déjà recueillies sur le sujet. En conclusion, les limites de l'étude et les pistes de recherches seront abordées.

Contexte théorique

Impact du Cancer sur la Femme

Les connaissances sur la réaction des femmes au cancer du sein se sont grandement améliorées. Au début des recherches sur le sujet, Reneker et Cutler (1952) ont parlé de syndrome de post-mastectomie, syndrome voulant que les femmes vivent inévitablement une période de dépression sévère, des sentiments de honte, de confusion, d'inutilité ainsi que des pensées suicidaires à la suite de leur opération. Les résultats plus récents démontrent, pour leur part, que la majorité des femmes ne souffrent pas de détresse émotionnelle à long terme, mais que 20% à 30% d'entre elles voient leur qualité de vie altérée (Irvine, 1996). Le cancer entraîne tout de même sa part d'émotions intenses et, comme le mentionne Irvine (1996), l'anxiété, la peur, la colère et la culpabilité jouent un rôle nécessaire dans une adaptation saine. Toutes ces émotions peuvent être reliées au fait que la maladie constitue une source de stress majeure compte tenu des multiples demandes d'adaptation qu'elle entraîne.

Même si la manifestation d'émotions intenses est considérée comme étant normale et adaptative, il arrive parfois que certaines femmes puissent avoir une réaction mésadaptée. Les complications observées le plus fréquemment sont : les troubles aigus ou chroniques de l'adaptation, les états dépressifs et anxieux, les nausées et vomissements anticipatoires, certains dysfonctionnements sexuels, les troubles du sommeil, l'anorexie, les troubles cognitifs et la douleur. Il peut arriver également que le

cancer vienne compliquer un trouble psychiatrique préexistant ou précipiter des troubles aussi divers que les troubles affectifs unipolaires et bipolaires, les troubles psychotiques et les dépendances diverses (Massie & Holland, 1990; Razavi, Delvaux, & Goodman, 1998).

Bien que les réactions varient en intensité et en durée, les demandes d'adaptation sont sensiblement les mêmes d'une femme à l'autre. À la base, pour tous cancers, la priorité adaptative du patient est, selon Heim (1991), de maintenir un équilibre intra-psychique, interpersonnel et psychosocial acceptable. Pour ce faire, la personne doit, entre autres, retrouver son bien-être physique (suite à la douleur et/ou à l'inconfort); rétablir ou préserver son équilibre émotionnel et son intégrité physique (après une mutilation ou une perte de fonctions corporelles); vaincre l'insécurité et la perte de contrôle par rapport à la perception de l'image de soi et par rapport à l'avenir; s'adapter aux situations médicales (hospitalisations, relations interpersonnelles avec le personnel hospitalier), vivre avec la menace existentielle que représente le cancer et préserver une qualité de vie qui a du sens.

En ce qui a trait plus spécifiquement au cancer du sein, selon Irvine (1996), la maîtrise de l'angoisse, du stress et de la peur est un objectif psychologique majeur et constant pour les femmes. De plus, les efforts pour retrouver une image de soi positive, après la dégradation de celle-ci, peuvent durer plusieurs années.

Cependant, le cancer du sein n'affecte pas seulement l'équilibre psychologique de la femme, mais aussi celui des membres de la famille et plus particulièrement du conjoint

(Hilton, Crawford, & Terko, 2000). En effet, même si l'intérêt premier des chercheurs a longtemps été centré sur le vécu de la personne malade, de plus en plus d'études s'intéressent à la réaction du conjoint et à celles des proches.

Impact du Cancer sur le Partenaire

Même si les partenaires de femmes atteintes de cancer du sein sont souvent vus comme des sources naturelles de soutien émotionnel (Hilton et al., 2000), leur propre niveau de détresse est souvent comparable à celui du patient (Northouse, 1989a; Northouse & Swain, 1987; Omne-Potén, Holmberg, Bergtröm, Sjöden, & Burns, 1993) voire même supérieur (Carlson, Bultz, Specca, & St-Pierre, 2000).

Étant donné que le niveau de détresse vécu peut affaiblir le fonctionnement psychologique, les conjoints de personnes atteintes de cancer sont à risque de vivre des difficultés d'adaptation. Celles-ci peuvent se détecter par des symptômes physiques, psychologiques et psychosomatiques. À ce sujet, l'étude de Wellisch, Jamison et Pasnau (1978), encore aujourd'hui souvent citée, rapporte que 27% à 43 % des hommes vivent une ou plusieurs des difficultés suivantes : trouble du sommeil, perte d'appétit et/ou diminution de la concentration au travail. Les résultats des études récentes abondent toujours dans le même sens. En dépit du fait qu'on retrouve une stabilité émotionnelle chez l'ensemble des conjoints, la prévalence pour eux de vivre une détresse modérée à grave, un trouble de l'humeur ou des difficultés psychologiques varient de 20% à 30% (Northouse, 1989a; Zahlis & Shands 1991).

Tout comme c'est le cas pour la patiente, la détresse des conjoints peut être influencée par le poids des demandes d'adaptation relatives à la maladie et les inquiétudes qu'elle soulève (Northouse & Swain, 1987). Blanchard, Toseland et McCallion (1996) ont identifié quatre inquiétudes prédominantes chez les conjoints de personnes atteintes de cancer. Le conjoint doit vivre avec la peur et les menaces que représentent le cancer ainsi que les conséquences négatives qu'il entraîne (peur de la maladie, de la mort, adaptation aux changements physiques du malade); aider la personne atteinte à faire face aux impacts émotionnels du cancer (laisser place aux émotions, accompagner et consoler l'autre); gérer les changements et perturbations de la vie quotidienne suite à la maladie (cuisiner, faire le ménage, prendre soin des enfants) et vivre avec la crainte de discuter ouvertement des inquiétudes et des problèmes à propos de la maladie de leur partenaire. Par exemple, il peut arriver que le conjoint hésite à parler de ce qu'il vit pour ne pas inquiéter l'autre ou encore pour ne pas inquiéter la famille élargie. Il doit aussi souvent répondre aux questions des proches, ce qui peut quelquefois constituer pour lui des situations difficiles à gérer.

Dans un même ordre d'idées, Northouse (1989b) a souligné que les conjoints de femmes atteintes du cancer du sein ont des inquiétudes en regard des habiletés de leur femme à retrouver le niveau de fonctionnement qu'elles avaient avant la chirurgie. Ses résultats ont également fait ressortir qu'un mois après la chirurgie, les inquiétudes concernant la récurrence augmentent.

D'autres auteurs (Mormont, 1992; Swenson & Fuller, 1992) expliquent une des difficultés vécues chez les conjoints par le phénomène du deuil anticipé. Selon eux, le cancer confronte toujours à la perte possible et l'anticipation de la perte entraîne l'anticipation du deuil. En d'autres mots, il se produirait un détachement émotionnel. Même si la personne n'est pas encore décédée, sa mort est anticipée. Ce phénomène est principalement vécu lorsque la maladie est avancée ou que le pronostic est pauvre. Le deuil anticipé se déroulerait alors selon le scénario du deuil normal selon les phases de Linderman (1944), c'est-à-dire qu'il serait caractérisé d'abord par la négation du diagnostic, ensuite par l'acceptation du diagnostic, mais non du pronostic pour se terminer par une acceptation du diagnostic et du pronostic.

Bref, le cancer du sein entraîne plusieurs demandes d'adaptation, il affecte l'équilibre psychologique des deux conjoints et bouleverse plusieurs sphères de la vie du couple. En ce sens, la maladie constitue une crise existentielle troublante dont les conséquences peuvent menacer l'équilibre conjugal.

Impact sur les Deux Conjoints d'un Point de Vue Systémique

Les chercheurs ont tenté de comprendre la durée et le processus de la détresse psychologique à l'intérieur du couple. Plusieurs études auprès des femmes atteintes de cancer du sein et de leur conjoint indiquent que les partenaires vivent généralement une amélioration graduelle et constante de l'état émotionnel avec le temps (Hannum, Giese-Davis, Harding, & Hatfield 1991; Carter, Carter, & Siliunas, 1993; Zahlis & Shands, 1991). Toutefois, les points de vue divergent en ce qui a trait à la durée du rétablissement

psychologique. Hannum et al. (1991) suggèrent que le cancer est une crise qui est résolue durant la première année suivant la chirurgie, tandis que Northouse (1989a) et Walker (1997), maintiennent que l'ajustement au cancer du sein est un processus à long terme dont les effets émotionnels peuvent demeurer évidents deux à trois ans suite à la chirurgie.

Considérant le couple comme un système interdépendant, Coyne et Fiske (1992) soulignent l'importance de mieux comprendre la façon dont chacun des partenaires est influencé par l'adaptation de l'autre et influence la réponse émotionnelle de leur partenaire. En d'autres mots, les deux conjoints s'influencent dans leur niveau de détresse ainsi que dans leur processus de rétablissement.

Selon Northouse (1988), le bien-être émotionnel des partenaires dépendrait du niveau de détresse émotionnelle de la patiente et ce, dans un processus mutuel et interdépendant. Cependant, les dynamiques impliquées dans l'ajustement mutuel des couples ne sont pas suffisamment comprises jusqu'à maintenant. Ce phénomène peut s'expliquer par deux modèles différents : la contagion (Baider, Peretz, & Kaplan De-Nour, 1989) et la complémentarité (Leiber, Plumb, Gerstenzang, & Holland, 1976). Dans le premier cas, le modèle sous-tend que lorsqu'un des deux conjoints est en détresse l'autre le devient. Plusieurs résultats de recherches démontrent effectivement que le niveau de détresse est similaire chez les deux partenaires ou encore que la détresse de l'un augmente avec celle de l'autre (Cassileth et al., 1985; Northouse 1989a; Northouse, Jeffs, Cracchiolo-Caraway, Lampman et Dorris, 1995; Northouse & Swain, 1987).

La complémentarité, pour sa part, expliquée par Leiber et al. (1976) sous-tend que le système conjugal semble capable de tolérer seulement un certain niveau de détresse, à savoir que lorsque ce niveau excède le seuil de tolérance du couple, l'autre conjoint compense en exprimant moins de détresse. Plusieurs études confirment cette façon qu'ont les couples de rétablir leur équilibre émotionnel et leur fonctionnement face au cancer (Hannum et al., 1991; Walker, 1997; Keitel, Cramer, & Zevon 1990).

Impact sur la Relation et les Différentes Sphères de la Vie Conjugale

Il ressort de la littérature que le cancer peut affecter la qualité de la relation (Manne, 1998) et avoir des répercussions sur plusieurs sphères de la vie de couple (Keitel et al., 1990; Northouse, 1989a). Ce phénomène est dû, entre autres, au partage des rôles qui en découle et aux impacts qu'entraîne le cancer sur la vie sexuelle du couple et la communication entre les partenaires.

Le Partage des Rôles et des Responsabilités

Le stress du diagnostic et des traitements créent des demandes qui entravent les habiletés du couple à sauvegarder les rôles assumés par chacun des conjoints avant la maladie (O'Mahoney & Carroll, 1997), en même temps qu'il peut requérir du conjoint d'assumer de nouveaux rôles tout en maintenant ses fonctions habituelles à l'intérieur de la famille (Northouse & Swain, 1987; Keitel et al., 1990)

Ce bouleversement des rôles et des responsabilités se situe au plan pratique et émotionnel. Par exemple, étant donné l'état de santé de la femme et les absences relatives aux traitements, le conjoint aura à assumer une plus grande part des responsabilités en ce

qui a trait aux tâches quotidiennes et domestiques (Lichtman, Taylor, & Wood, 1987). Pour ce qui est de l'aspect émotionnel, Lewis, Ellison et Wood (1985) rappellent que les femmes sont généralement éduquées à jouer un rôle de mère nourrissante et que faire face à une maladie qui représente une menace pour la vie, peut impliquer davantage de repli sur soi et moins de temps émotionnel à consacrer à la famille.

Le Fonctionnement Sexuel

Étant donné que le cancer du sein implique très souvent une chirurgie partielle ou complète d'une partie importante du corps par rapport à l'identité sexuelle de la femme, les chercheurs ont tenté de mieux comprendre l'impact d'une telle intervention sur la sexualité. Selon Omne-Potén et al. (1993), parmi les couples qui avaient une vie sexuelle active avant le cancer, 38% considéraient leur vie sexuelle affectée par la maladie.

Les dysfonctions sexuelles qu'amènent le cancer peuvent être observées soit par une diminution de l'intérêt sexuel, de la fréquence des rapports ou encore, par des difficultés orgasmiques (Lichtman et al., 1987; Wellisch et al., 1978). Ces perturbations de la vie sexuelle sont fortement en lien avec la satisfaction conjugale des femmes, mais non avec celle des hommes (Lichtman et al., 1987).

Les facteurs associés aux difficultés à ce niveau sont de plusieurs ordres. Mentionnons les facteurs psychologiques relatifs aux changements de l'image corporelle, aux conflits relationnels pouvant découler des bouleversements vécus dans d'autres sphères de la vie du couple et au fait que la maladie constitue une menace pour la vie (O'Mahoney & Carroll, 1997).

Selon certains auteurs, l'impact sur la sexualité serait différent selon que la femme a subi une mastectomie complète ou une chirurgie conservatrice du sein. Dans l'étude de Margolis, Goodman et Rubin (1990), par exemple, les femmes ayant eu une chirurgie partielle du sein ne rapportaient pas de changement au niveau sexuel, n'étaient pas honteuses de leurs seins et présentaient le même désir sexuel qu'avant la chirurgie tandis que les femmes mastectomisées se sentaient sexuellement moins désirables et éprouvaient des difficultés dans leurs rapports à ce niveau. Cette étude n'étudiait cependant pas l'influence possible de la reconstruction mammaire. Ce n'est peut-être pas le type de chirurgie qui influence la vie sexuelle mais le fait d'avoir ou non un implant mammaire par la suite.

Bref, il semble bien évident que le cancer du sein a un impact sur la vie sexuelle des couples et par conséquent sur la satisfaction conjugale des femmes (Lichtman et al. 1987; Omne-Pontén et al. 1993; Wellisch et al., 1978).

La Communication

Le cancer peut également affecter la communication entre les partenaires (Manne, 1998). Les résultats de Carter et al. (1993) et Lichtman et al. (1987) indiquent que dans la plupart des cas, même si les femmes se considèrent dans une relation satisfaisante, elles ont plus de difficulté à communiquer avec leur partenaire suite à la maladie. Les problèmes de communication peuvent survenir lorsque les conjoints ne parlent pas suffisamment de leurs inquiétudes face au cancer ou encore lorsque les patientes ont besoin d'exprimer davantage leurs peurs à propos d'une récurrence.

En résumé, par ces multiples demandes d'adaptation et ces bouleversements au niveau des rôles, de la sexualité et de la communication, le cancer du sein peut entraîner des impacts négatifs et une dégradation de la qualité de la relation. Cependant le cancer peut également favoriser le rapprochement et avoir des impacts positifs sur la relation.

Impact Positif de la Maladie sur la Relation

Les résultats de certaines études démontrent que le cancer peut également avoir un impact positif sur la relation. Cet impact positif peut se traduire, entre autres, par une augmentation de l'intimité, une amélioration de la communication et un renforcement des liens (Leiber et al., 1976; Lichtman et al., 1987; Swenson & Fuller, 1992).

En fait, les résultats de plusieurs études suggèrent qu'après un ou deux ans suivant l'expérience de la maladie, le niveau de satisfaction conjugale est égal et parfois plus élevé que celui de la population non atteinte (Hannum et al., 1991, Lichtman et al., 1987; Ptacek, Ptacek, & Dodge, 1994).

Ainsi, le cancer peut amener une tension au sein du couple, mais cette tension ne se traduit pas nécessairement par un éloignement des deux conjoints. L'ensemble des résultats cités précédemment ne confirme pas en effet la croyance populaire voulant que le taux de divorce soit plus élevé chez les couples dont la femme est atteinte du cancer du sein. Dans le but d'élucider cette croyance, Dorval, Maunsell, Taylor-Brown et Kilpatrick (1999) ont d'ailleurs comparé, dans la population québécoise, la fréquence des séparations conjugales chez un groupe de femmes atteintes du cancer du sein avec un groupe dont les deux conjoints étaient en santé. Les résultats de leur étude longitudinale

démontrent que, sur une période de huit ans, les séparations conjugales n'étaient jamais plus élevées chez le groupe de femmes atteintes du cancer du sein que chez le groupe contrôle.

En fait, le cancer ne devrait pas être considéré comme une cause de séparation, mais plutôt comme un facteur susceptible d'exacerber les conflits déjà existant au sein d'une relation (Lichtman et al., 1987; Wellisch et al., 1978) puisque dans plusieurs cas, les ruptures semblent plutôt survenir chez les couples qui avaient déjà des difficultés conjugales avant le diagnostic (Carter et al., 1993; Dorval et al., 1999).

Finalement, selon Manne (1998), il est impossible d'avoir une évaluation juste de l'impact du cancer sur la relation puisqu'il faudrait que les couples soient évalués avant l'annonce du diagnostic. Dans plusieurs études, seulement les données rétrospectives sont disponibles et il s'agit de l'évaluation que les conjoints font de la relation selon la perception qu'ils en ont après le diagnostic. Ainsi, ces données rétrospectives sont sujettes à être biaisées.

Tout bien considéré, il ressort de la littérature que la majorité des couples parviennent à traverser cette crise même si le cancer du sein marque significativement la relation. La question qui demeure est celle à savoir ce qui différencie les couples qui s'ajustent à cette expérience de façon positive de ceux qui vivent davantage de conflits et de tensions conjugales.

Prédicteurs de l'Ajustement Conjugal au Cancer du Sein

Les facteurs susceptibles d'accentuer la détresse émotionnelle et d'influencer l'adaptation suivant un diagnostic de cancer du sein peuvent être classés en trois grandes catégories. Il s'agit des facteurs relatifs à la maladie, au contexte psychosocial et aux caractéristiques du couple. Il semble que ces trois types de facteurs ont un rôle influent sur la façon dont les couples négocient l'expérience de la maladie avec succès ou non.

Facteurs Reliés à la Maladie

Le Stade de la Maladie

Le cancer du sein est diagnostiqué et classifié selon quatre stades de gravité. Chacun des stades est établi en fonction de la grosseur de la tumeur, l'atteinte ou non des ganglions et la présence ou non de métastases. Pour le lecteur qui le désire, l'appendice A présente en détails la classification de chacun des stades de la maladie.

Les recherches ont démontré que la sévérité du diagnostic initial et le pronostic n'étaient pas prédicteur de l'ajustement conjugal dans les premiers temps de la maladie (Lichtman et al., 1987; O'Mahoney, 1997). En ce qui a trait aux femmes dont le diagnostic est à un stade avancé, les risques d'inadaptation psychosociale (anxiété, dépression, symptômes psychosomatiques, ressentiment et faible estime de soi) seraient plus élevé (Vinokur, Threath, Caplan, & Zimmerman, 1989). Enfin, comme le précisent Lichtman et al. (1987), un diagnostic de stade avancé peut amener une plus grande tension conjugale et familiale, les relations familiales apparaissent plus tendues et moins cohérentes et peuvent outrepasser les capacités d'adaptation de la famille.

Les Étapes de la Maladie

Étant donné que le cancer du sein est caractérisé par des phases pré-définies et que celles-ci amènent des demandes d'adaptation particulières, certaines études ont vérifié si le vécu des couples était le même à chacune de ces phases.

La première phase, celle entourant la découverte d'une anomalie et l'annonce du diagnostic, est souvent vécue comme un choc. Par la suite, pour la majorité des cas de cancer du sein, la femme subit une chirurgie, qui consiste en l'ablation complète du sein (mastectomie) ou partielle (chirurgie conservatrice du sein). Dans certains cas, l'opération sera suivie de traitements de chimiothérapie et/ou de radiothérapie. Ces traitements, dits adjuvants, peuvent être administrés soit dans un but préventif pour diminuer les risques de récurrence ou curatif afin d'éliminer toutes traces de tumeur. Cette phase est généralement suivie d'une phase de rémission qui survient lorsque la personne n'a plus de trace de cancer dans son corps. Plusieurs femmes reçoivent des traitements d'hormonothérapie au cours de cette période. On parle de guérison complète lors d'une rémission de plus de cinq ans. Dans certains cas, la période de rémission peut être interrompue par une récurrence, laquelle exigera une chirurgie et/ou des traitements. Chacune de ces phases sera examinée plus en détail dans les sections qui suivent.

La période précédant le diagnostic. Le laps de temps séparant la découverte d'une anomalie, la consultation d'un médecin, la biopsie du sein et le diagnostic définitif est l'un des moments les plus éprouvants pour les femmes et leurs conjoints. En fait, la période entourant la biopsie du sein serait la plus stressante pour la patiente. Près de 50% des

femmes signalent un niveau d'anxiété et de dépression important lors de cette période (Millar, Jellic, Bonke, & Asbury, 1995). Pour leur part, Northouse et al. (1995) ont constaté que le niveau d'anxiété et de dépression des femmes étaient significativement supérieures aux normes d'une population non-atteinte. Pour ce qui est des conjoints, leur degré d'anxiété ou de dépression était aussi supérieur aux normes de la population, mais bien en dessous de celui de leur femme.

L'influence du type de chirurgie. Plusieurs études ont tenté de savoir si le type de chirurgie influençait la réaction des couples suite à la maladie. Il en ressort des résultats controversés. Les couples étudiés par Lichtman et al. (1987) manifestent un score de satisfaction conjugale plus élevé après une chirurgie conservatrice du sein qu'après une mastectomie. Ces derniers expliquent ces résultats par la gravité de l'intervention chirurgicale; une mastectomie causant un changement corporel plus grave et affectant donc plus sérieusement la relation sexuelle et la satisfaction conjugale.

Contrairement aux résultats précédents, O'Mahoney (1997) mentionne que les patientes mastectomisées ont un niveau de satisfaction relationnelle plus élevé que celles qui ont eu une chirurgie partielle. Dans cette recherche en effet les femmes mastectomisées vivaient un plus haut niveau de cohésion et partageaient plus de temps avec leur partenaire que les patientes dont la chirurgie du sein était partielle.

Pour leur part, Maunsell, Brisson et Deschênes (1989) soulignent que lorsqu'une chirurgie conservatrice du sein est accompagnée d'un curage axillaire et d'une radiothérapie adjuvante, elle peut engendrer des traumatismes physiques considérables,

conduire à une diminution de la sensibilité et de la mobilité du bras et provoquer ainsi une détresse psychologique. Ces résultats démontrent d'ailleurs que, trois mois après la chirurgie, 38.8% des patientes ayant subi une chirurgie partielle du sein ont encore un score de détresse psychologique élevé comparativement à 25.8% pour celles dont la mastectomie était totale. De plus, dans une étude subséquente, ces mêmes auteurs montrent que la rapidité du rétablissement affectif, suite à la chirurgie, s'explique davantage par les symptômes reliés à la maladie, aux traitements et par les complications chirurgicales que par le type de chirurgie (Maunsell, Brisson, & Deschênes, 1993).

Pour ce qui est des hommes, selon Omne-Pontén et al. (1993), ceux dont la femme subissait une mastectomie vivaient plus de problèmes d'adaptation et étaient davantage affectés par la maladie de leur femme, dans les moments suivant la chirurgie, que ceux dont la femme avait une chirurgie conservatrice du sein. Cependant, ces différences n'étaient plus décelables 13 mois après le diagnostic.

Heureusement, les effets de la mastectomie sont toutefois modérés par la chirurgie reconstructive. Celle-ci, effectuée immédiatement ou non, contribue à améliorer l'image du corps (Wellisch, Schain, Noone, & Little, 1985).

Les traitements et les effets secondaires. Les traitements constituent une étape particulièrement difficile pour le couple. Ce dernier est confronté à une perturbation de son quotidien ce qui demande une réorganisation et soulève plusieurs inquiétudes tant au niveau des techniques médicales employées, de l'endroit où les traitements ont lieu qu'au niveau de l'organisation familiale en cas d'absences prolongées (Northouse, 1989a).

Alors qu'il est difficile de séparer les effets relatifs aux traitements des effets relatifs à la maladie, les recherches suggèrent que la radiothérapie et la chimiothérapie créent des perturbations physiques et une détresse psychologique pour la patiente durant la période de traitement. En fait, les femmes qui suivent une chimiothérapie et qui souffrent des effets secondaires relatifs à ce type de traitement sont plus susceptibles d'avoir des problèmes d'adaptation à long terme (Vinokur et al. 1989). Plus spécifiquement, elles risquent d'éprouver des perturbations significatives dans leur état affectif, leurs activités sociales, ou encore leurs rôles familiaux et professionnels (Carver et al., 1994; Northouse, 1989a). Ces effets ne sont toutefois plus apparents lorsque les traitements sont complétés (Meyerowitz, Sparks, & Spears, 1979; O'Mahoney & Carroll, 1997).

Les résultats obtenus par Cassileth et al. (1985) démontrent que les patientes qui reçoivent des traitements actifs expriment un niveau de détresse émotionnelle plus élevé que celles qui ont terminé leurs traitements et sont en suivi, mais moins élevé que le niveau de détresse des femmes dont les traitements sont administrés dans un but palliatif.

Pour leur part, Lichtman et al. (1987) spécifient que la durée des traitements et le fait qu'ils soient administrés dans des buts curatifs ou palliatifs augmentent la présence de problèmes, étant donné que la perturbation au niveau des rôles ne peut être tolérée que pour un temps limité. Les résultats de Meyerowitz et al. (1979) abondent également dans ce sens. Selon eux, les traitements augmentent la tension conjugale et le retrait émotionnel des deux partenaires.

Ainsi, la période des traitements peut être marquée d'un certain optimisme car elle augmente le sentiment de contrôle pour la femme, ce qui n'empêche pas que le conjoint puisse vivre de l'impuissance devant les transformations physiques, la douleur et les effets secondaires vécus par sa femme.

La période du suivi. Lorsque les traitements sont terminés, la plupart des femmes commencent à retrouver une vie active et à reprendre en main les aspects de leur vie qui ont été temporairement perturbés au cours de la maladie. Il arrive que certaines d'entre elles éprouvent des difficultés, tant sur le plan professionnel (Carter, 1994) que sur celui du maintien des rôles et des relations au foyer et dans la société en général (Northouse & Swain, 1987). La stigmatisation sociale et la discrimination peuvent contribuer à accroître l'image négative qu'elles ont d'elles-mêmes (Carter, 1994). De plus, les efforts pour retrouver une image de soi positive, après avoir vu cette image diminuée peuvent s'échelonner sur plusieurs années (Freedman, 1994).

La récurrence. Souvent associée à une sentence de mort, la récurrence est crainte par l'ensemble des patientes (Irvine, 1996). Cependant, les femmes ne sont pas seules à redouter la récurrence, cette peur serait même plus prononcée chez les conjoints (Lichtman, 1986). Toutefois, selon les résultats de Walker (1997), plus il y a de temps écoulé depuis la fin des traitements, plus la peur de la récurrence diminue chez ces derniers.

Malheureusement, pour certaines femmes, cette crainte devient réalité. Selon Vess, Moreland et Schwebel (1985), il arrive fréquemment que la récurrence entraîne une tension au sein du couple. Cette tension peut s'expliquer, entre autres, par le fait que pour les

conjoint, la récurrence entraîne des demandes d'adaptation additionnelles et soulèvent des réponses émotionnelles parfois difficiles à gérer (sentiments d'injustice, peine, désespoir, dépression et inquiétudes en regard de la survie de la femme) (Lewis & Deal, 1995).

Bref, lorsqu'elle survient, la récurrence est une étape des plus particulières. Crainte par la majorité des femmes et leurs conjoints, elle se produit au moment où le couple s'était remis des perturbations relatives au premier diagnostic. Elle génère un niveau de détresse significatif, d'autant plus qu'ayant déjà vécu l'expérience, les deux membres de la dyade sont conscients de ce qui les attend. Ils peuvent, par conséquent, anticiper et redouter les futures demandes qui se présenteront à eux.

La Durée de la Maladie

La durée de la maladie représente aussi un des facteurs pouvant expliquer les raisons pour lesquelles certains couples vivent cette épreuve plus difficilement que d'autres. Par exemple, étant donné les responsabilités qui leur sont souvent imposées les conjoints disent souffrir d'une baisse des interactions sociales et ce, particulièrement lorsque la maladie se prolonge et amène un isolement (Cassileth et al. 1985; Ell et al., 1988; Northouse, 1988).

Bref, le cours de la maladie, avec ses changements souvent imprévisibles, joue un rôle majeur dans l'ajustement de la femme et de son conjoint. Cependant, les caractéristiques objectives de la maladie, comme l'étape ou le stade de gravité, ne correspondent pas toujours à la perception subjective qu'ont les deux partenaires. En ce sens, la diminution des capacités physiques, la sévérité des symptômes, la restriction des

rôles, l'augmentation des demandes relatives à la maladie peuvent être de meilleurs prédicteurs de la détresse familiale que les données médicales objectives (Friedman et al., 1988).

Facteurs Reliés au Contexte Psychosocial

Bien que les facteurs relatifs à la maladie puissent compter pour une large proportion de la détresse des couples, leur ajustement émotionnel peut être influencé par certaines variables relatives à l'âge et à l'étape développementale de chacun dans le cycle de vie, à l'histoire relationnelle des deux conjoints et à des facteurs d'ordre psychologique.

L'Âge et l'Étape Développementale

L'âge et l'étape de vie familiale au cours de laquelle survient la maladie peuvent avoir un rôle influent sur la réaction émotionnelle des individus. Selon Vinokur et al. (1989) les femmes plus âgées ont un niveau d'anxiété, de dépression, de colère et de ressentiment plus faible que les plus jeunes. Les jeunes conjoints ont également davantage de difficultés à s'adapter (Northouse, 1989a).

En fait, lorsque la maladie survient au début de l'âge adulte, elle représente un traumatisme qui vient entraver le cours normal du développement familial (Klauer et al., 1998). De plus, il est possible que les demandes relatives au travail et au contexte familial, par exemple si la femme est mère de famille, mettent leurs facultés d'adaptation à plus rude épreuve. Aussi, les jeunes femmes craignent particulièrement la mort qui entraînerait la séparation d'avec leurs enfants (Irvine, 1996). Lichtman et al. (1987)

précisent toutefois que les jeunes femmes sont plus susceptibles d'avoir des diagnostics moins avancés et par conséquent des traitements plus conservateurs ce qui réduit les demandes relatives à la maladie dans leur vie.

Pour ce qui est de la satisfaction conjugale, Cassileth (1985) et O'Mahoney (1997) n'ont trouvé aucun effet de l'âge sur le fonctionnement de la relation. Lichtman et al. (1987) ont trouvé dans leur étude ont trouvé que les jeunes couples avaient même un niveau de satisfaction conjugale significativement plus élevé que les couples dont les partenaires étaient plus âgées. Il est donc très difficile de savoir si l'âge a bel et bien une influence sur l'ajustement puisque plusieurs facteurs relatifs à l'étape de vie familiale et les responsabilités qui en découlent entrent en ligne de compte.

Facteurs Reliés à la Relation

La Durée de la Relation

La durée de la relation conjugale tend aussi à prédire l'ajustement des couples puisqu'elle peut agir comme modérateur au stress causé par le diagnostic (Northouse & Swain, 1987). Selon ces auteurs, les femmes plus jeunes et mariées depuis moins de temps vivent plus de détresse. Pour Meyerowitz (1980) cependant, étant donné que l'âge et la durée de la relation sont en lien, il est difficile de différencier leurs effets respectifs, considérant que les couples tendent en général à se stabiliser.

La Qualité de la Relation Avant le Diagnostic

La qualité de la relation entre la patiente et son conjoint avant le diagnostic semble aussi être un déterminant spécialement important pour l'ajustement psychologique

(Kayser, Sormanti, & Strainchamps, 1999) et la satisfaction conjugale (Lichtman et al., 1987; Wellisch et al., 1978). Les couples qui expriment une meilleure satisfaction conjugale avant le diagnostic manifestent un niveau de satisfaction conjugale significativement plus élevé après le diagnostic. De plus, les hommes qui sont satisfaits de leur relation avant le diagnostic offrent plus de soutien et s'impliquent davantage lors des traitements que ceux qui vivent davantage de conflits et de tension avant le diagnostic (Wellisch et., 1978). En fait, les couples qui vivent une relation conjugale non satisfaisante avant le diagnostic sont susceptibles de rencontrer plus de difficultés d'adaptation lorsqu'ils font face à la maladie (Nortouse et al., 1995; Zahlis & Shands, 1991).

La Communication

Bien que la communication au sein du couple soit affectée par le cancer, celle-ci peut influencer à son tour l'adaptation lors de cette épreuve. Les recherches indiquent que la qualité de communication du couple est prédictive de l'ajustement conjugal (Carlson et al., 2000). Une communication ouverte est reliée à une évaluation plus élevée de l'intimité affective et moins de conflits conjugaux suite à l'expérience de la maladie (Lichtman et al. 1987).

Les Facultés d'Adaptation des Deux Conjoints

Les couples qui ont plus de rigidité et des modes relationnels inflexibles ont généralement plus de difficultés à s'ajuster à la maladie (Rolland, 1994). Carter et al.

(1993) avancent aussi que pour que les mariages puissent survivre à la menace extrême que pose le cancer, les couples doivent être flexibles.

De plus, selon les théories interactionnelles, les deux conjoints peuvent s'influencer mutuellement dans la façon dont ils font face à la maladie et les moyens qu'ils privilégient pour le faire, c'est-à-dire les modes de coping qu'ils adoptent lors de cette période de stress. Par exemple, les conjoints peuvent mobiliser leurs ressources d'adaptation pour favoriser l'ajustement à la maladie et moduler l'impact du cancer sur la qualité de leur relation.

Avant d'aller plus loin sur le sujet, la prochaine section présente d'abord l'aspect théorique du concept de coping et son apport dans la compréhension de l'adaptation de l'individu en situation de stress. La section suivante situera ce concept dans une perspective conjugale.

Le Coping

Définition du Concept de Coping

Étroitement relié à la notion d'adaptation, le concept de coping a modifié la compréhension et l'étude des situations de stress. Actuellement, le stress n'est plus considéré comme un événement objectivement menaçant ou une réaction émotionnelle directement dépendante de la gravité du stimulus, mais plutôt comme une transaction entre l'individu et l'environnement (Paulhan & Bourgeois, 1995).

Alors que les premiers écrits sur le sujet accordaient à la personnalité et aux mécanismes de défense un rôle de toute première importance dans la définition du concept de coping et la compréhension des différences individuelles face au stress, celui-ci est aujourd'hui considéré comme un échange entre la personne et son environnement. En d'autres termes, les variables relatives à l'individu tout comme celles rattachées à la situation sont prises en considération¹. Le coping est ainsi vu comme un processus transactionnel dont la principale fonction est de réduire les conditions environnementales nuisibles, résoudre le problème, régulariser les émotions et maintenir une estime de soi positive (Lazarus & Folkman, 1984).

Plus précisément, selon ce dernier modèle, lorsqu'une personne fait face à une situation stressante, son choix de stratégie de coping dépend de l'évaluation primaire et secondaire qu'elle fait. Premièrement, la personne évalue ce qui est en jeu dans la situation (évaluation primaire) et deuxièmement, elle examine les options et ressources de coping qui lui sont disponibles (évaluation secondaire). En fait, l'individu se demande ce qu'il peut faire pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir le bénéfice.

La personne peut opter pour un mode de coping centré sur le problème, c'est-à-dire qu'elle peut décider d'agir directement sur la source de stress dans le but de la diminuer ou, au mieux, de l'éliminer. Elle peut aussi adopter une stratégie centrée sur les émotions dont l'objectif sera de mieux gérer les réponses émotionnelles au stressor et de réduire la tension. Dans ce cas, la situation stressante ne change pas, c'est plutôt la personne qui

1. Pour un historique et une clarification complète du concept de coping (Suls, David, & Harvey, 1996).

modifie sa façon de la vivre. L'évitement, la minimisation, la distanciation, l'attention sélective, la comparaison positive et les activités cognitives apparentées au déni sont tous des exemples de coping centré sur l'émotion.

Les stratégies de coping centrées sur le problème ainsi que celles centrées sur l'émotion sont utilisées dans la plupart des situations stressantes et les proportions relatives de chaque stratégies varient selon l'évaluation de l'événement. Ainsi, dans certaines situations, le même individu peut mettre en place des stratégies émotionnelles de coping et, dans d'autres, des stratégies comportementales (Lazarus et Folkman, 1984).

Bien qu'ayant été largement critiqué, le modèle de coping de Lazarus et Folkman (1984) est généralement considéré comme le meilleur modèle pour expliquer le coping (De Ridder, 1997). C'est pourquoi, pour les fins de la présente étude, leur définition a été retenue. Selon eux, lorsqu'on parle de coping, il s'agit de « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant et destinés à gérer une demande interne ou externe spécifique perçue comme menaçant ou dépassant les ressources personnelles d'un individu » (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141) (traduction libre).

Ces auteurs considèrent que cette définition est complète puisqu'elle prend en considération autant les stratégies conscientes qu'inconscientes mises en place par l'individu pour s'ajuster à un événement stressant. Elle se rapproche davantage du sens étymologique du terme, soit celui d'affronter, de faire face. Ce terme implique un affrontement actif et conscient des situations et se différencie ainsi de la notion d'adaptation. Bien que l'expression « stratégie d'ajustement » soit utilisée quelquefois

dans la littérature française, elle demeure une traduction approximative qui ne reflète pas l'aspect combatif et actif du concept de coping (Paulhan & Bourgeois, 1995). Nous avons donc adopté ici le terme de coping comme tel.

En résumé, lorsqu'une personne fait face à un événement stressant, elle évaluera d'abord si la situation est stressante pour elle et optera ensuite pour le mode de coping qui lui convient. Selon la façon dont la personne établira son processus de coping, il en résultera une adaptation plus ou moins satisfaisante.

Efficacité des Stratégies de Coping

Selon Folkman et Lazarus (1984) une stratégie de coping est adéquate si elle permet à l'individu de maîtriser ou diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique. L'efficacité des modes de coping dépend des caractéristiques situationnelles comme la durée de l'événement stressant et le niveau de contrôle que la personne a sur celui-ci. Par exemple, les stratégies centrées sur l'émotion favorisent l'adaptation lorsque la personne se retrouve devant un événement incontrôlable, tandis que les stratégies comportementales seraient plus aidantes dans les cas où un effort peut amener un changement dans la cause du problème (Pearlin & Schooler, 1978).

Pour leur part, Parle et Maguire (1995) ont fait ressortir l'importance de tenir compte non seulement de l'efficacité primaire d'une stratégie, mais également de son efficacité secondaire. Il est question d'efficacité primaire lorsque la demande immédiate est résolue ou que la tension émotionnelle est régularisée et d'efficacité secondaire lorsque l'impact sur la santé mentale et physique de la personne est pris en considération.

Par exemple, une stratégie peut permettre à l'individu de faire face adéquatement à la situation à court terme, mais développer des inconforts à long terme. Le critère essentiel du coping réussi inclut donc la qualité du devenir physique et psychologique de la personne à long terme. Ainsi, il y a toujours une possibilité qu'un individu adopte des stratégies ayant des répercussions négatives sur son bien-être psychologique et son expérience à la maladie (Heim, 1991).

En résumé, les modes de coping agissent comme médiateurs entre la confrontation à une situation stressante et les conséquences sur la santé et le bien-être (Heim, 1991; Paulhan & Bourgeois, 1995). En ce sens, le coping est un concept clé en psychologie de la santé puisqu'il aide à mieux comprendre et à expliquer l'impact des stressors sur l'individu (De Ridder, 1997) et que la maladie physique en constitue un des plus intenses.

Les Stratégies de Coping et le Cancer

Considérant l'influence des modes de coping sur l'adaptation de la personne face à un événement stressant, les chercheurs en psycho-oncologie ont tenté d'identifier quels modes de coping les personnes atteintes de cancer privilégient et ceux qui sont susceptibles de favoriser une bonne adaptation au cancer. Les auteurs ne s'entendent pas tous sur la question. Cette controverse est due, en partie, au fait que les classifications de coping et les instruments de mesure varient selon les études, ce qui rend la généralisation des résultats fort difficile.

Dans le but de contrer un tant soi peu ce problème, Heim (1991) a effectué un méta-analyse afin d'uniformiser les classifications de coping et de ressortir celles considérées

comme étant positives, c'est-à-dire aidantes pour la personne et celles étant négatives ou plus nuisibles à l'adaptation au cancer. Parmi les stratégies efficaces, se retrouvent, prendre soin de soi (*attention and care*), faire front à la situation (*tackling*), utiliser des techniques de résolution de problèmes (*problem analysis*), accepter la situation avec courage (*acceptance/stoicism*), se distraire (*diversion as action*), être optimiste (*optimism*), relativiser les événements (*relativizing*), la valorisation (*valorisation*), la religion (*religion*) ainsi que la coopération passive (*passive cooperation*).

À l'inverse, la résignation/le fatalisme (*resignation/fatalism*), la dissimulation de la vérité ou de la réalité (*dissimulation*), la diversion (*diversion*), le retrait social (*social withdrawal*), l'isolation (*isolation/suppression*), le fait de conserver son calme (*preserving composure*), la résolution de problèmes (*problem analysis*), les ruminations (*ruminations*) et les comportements d'auto-accusation (*self-accusation*) ont ressorti comme étant des modes de coping négatifs dans l'adaptation au cancer.

Dans un même ordre d'idées, c'est-à-dire la volonté de vérifier s'il existe des stratégies de coping privilégiées par les gens atteints de cancer, Dunkel-Schetter et al. (1992) ont validé un instrument de mesure du coping adapté pour le cancer soit le Ways of Coping-Cancer. Leur étude effectuée auprès de 603 patients atteints d'un cancer (tous diagnostics confondus) a fait ressortir cinq modes de coping spécifiques au cancer. Il s'agit de la centration sur le positif, la recherche du soutien social, la distanciation, la fuite ou l'évitement au niveau cognitif et la fuite ou l'évitement au niveau comportemental. Parmi ces cinq stratégies, la recherche de soutien social, la centration sur le positif et la

distanciation étaient pour eux associées à moins de détresse émotionnelle alors que l'utilisation de fuite/évitement cognitif et comportemental étaient associés à plus de détresse.

Le Coping et le Cancer du Sein

Dans leur étude auprès de femmes atteintes du cancer du sein Stanton et Snyder (1993) ont trouvé que l'évitement cognitif est un prédicteur important du niveau de détresse. De plus, le réseau de soutien social de la femme joue un rôle modérateur au stress associé à la situation et le fait de rechercher ce soutien est considéré comme une stratégie de coping efficace.

Carver et al. (1994) ont trouvé, quant à eux, que l'acceptation, l'humour et la religion étaient de bons protecteurs de la santé mentale des femmes atteintes de cancer du sein, alors que le déni et le désengagement prédisaient un niveau de détresse élevé. Stanton et al. (2000), pour leur part, constatent que le fait d'utiliser des stratégies permettant l'expression des émotions est associé à un meilleur ajustement psychologique et physique et constituait un meilleur prédicteur de la qualité de vie et de la détresse psychologique que ne le sont les autres stratégies de coping. Par exemple, le coping par l'évitement est associé à plus de détresse, l'acceptation à une meilleure qualité de vie et la spiritualité à moins de détresse psychologique. Il ressort également que l'expression des émotions est adaptative à la condition de survenir dans un environnement réceptif et ouvert à l'expression des émotions.

Bref, étant donné que les classifications de coping diffèrent souvent d'une étude à l'autre, que les résultats sont inconsistants, il est difficile d'identifier clairement et avec certitude les stratégies favorisant ou non l'adaptation. Malgré ce fait, dans l'ensemble, l'évitement est considéré comme négatif; la recherche de soutien social et la religion comme étant positive chez les femmes.

Incluant les hommes dans l'étude des stratégies de coping, Northouse (1989b) a étudié quelles étaient les stratégies les plus utilisées par 50 couples. Les mesures étaient prises alors que la femme était à l'hôpital et un mois plus tard. Le soutien émotionnel est apparu comme le facteur qui aide le plus les patientes et leur conjoint à faire face à la maladie. Il s'agissait également de la stratégie la plus utilisée pour les hommes et les femmes aux deux temps de mesure. Les croyances religieuses (plus spécifiquement la foi), la recherche d'information et une attitude positive ont été les trois autres stratégies qui sont ressorties pour les hommes et les femmes aux deux temps de mesure.

Pour leur part, Carlson et al. (2000), ont signalé que, dans l'ensemble, le fait d'utiliser la recherche de soutien social, la communication, d'essayer de trouver un sens, de demeurer optimiste et de ne pas faire d'évitement ou de fuite était associé à un niveau de détresse plus bas et à un meilleur ajustement chez les partenaires de patients atteints de cancer en général.

Finalement, il semble que ce ne soit pas tant le fait d'utiliser une stratégie particulière plutôt qu'une autre qui soit efficace ou non pour l'adaptation. Il s'agirait plutôt d'une question de flexibilité. Selon Lewis, Hammond et Woods (1993) d'ailleurs, les

familles utilisant des stratégies rigides d'adaptation sont plus à risque de vivre des problèmes d'ajustement. En fait, comme l'avaient déjà remarqué Folkman, Lazarus, Gruen et DeLongis (1986), les gens qui ont eu un cancer semblent utiliser un large répertoire de comportement pour faire face à la maladie de façon flexible plutôt que d'adhérer rigide à une stratégie particulière.

D'autre part, cependant, le fait de considérer l'homme et la femme séparément, sans tenir compte de l'aspect mutuel et interdépendant du coping exclut une part importante de l'information nécessaire à la compréhension du vécu du couple lors de cet événement. En effet, lorsque les conjoints font face au même événement, comme c'est le cas lors de la maladie, leurs efforts de coping sont susceptibles d'être dynamiques c'est-à-dire que les stratégies de coping de chaque partenaire s'influencent mutuellement et constamment (Coyne & Fiske, 1992). En fait, il existerait un équilibre entre les demandes de coping relatives à la maladie, le niveau de détresse de la personne atteinte et celui de son partenaire. La façon dont cet équilibre est atteint a des effets sur le fonctionnement de la relation. Pour cette raison, il est important de ne pas étudier seulement les stratégies de coping dans une perspective individuelle mais aussi de façon transactionnelle (O'Mahoney, 1997).

Le Coping Considéré dans une Perspective Transactionnelle

En psychologie du couple, les auteurs soutiennent que la satisfaction conjugale est en lien non seulement avec le comportement de coping de l'individu lui-même, mais également avec celui de son partenaire. En effet, selon Coyne et Smith (1991), le coping

doit être vu comme un processus interdépendant qui survient à l'intérieur d'une relation où les efforts de coping effectués par les deux conjoints influencent et sont influencés par ceux de l'autre. C'est ce qu'ils appellent le coping centré sur la relation. En fait, ce type de coping implique pour la personne de gérer ses propres besoins émotionnels avec ceux de son partenaire.

Dans la même veine, pour Bodenmann (1997), l'efficacité du coping chez les couples n'est pas tant influencée par l'efficacité des stratégies utilisées par l'homme ou la femme, mais la question se pose plutôt en terme de coping dyadique. Ce type de coping a lieu lorsque les deux partenaires essaient ensemble de résoudre une situation stressante par une solidarité et un mode de résolution de problèmes communs. L'auteur parle également de coping assisté, coping qui se produit lorsque le partenaire prête assistance à l'autre et l'aide à gérer son stress. Finalement, il est question de coping délégué, c'est-à-dire lorsqu'une personne appuie son partenaire seulement à sa demande. Les résultats démontrent que plus les couples utilisent le coping dyadique, plus grande est leur satisfaction conjugale et meilleur est le fonctionnement du mariage.

Il existe d'autres théories voulant que les deux conjoints adoptent des stratégies complémentaires. Elles sont basées sur l'hypothèse voulant que les hommes et les femmes soient traditionnellement socialisés à faire face au stress de façon différente. La littérature fait ressortir d'ailleurs depuis longtemps que les hommes utilisent des stratégies de coping différentes des femmes. Ils opteraient davantage pour des stratégies centrées sur le problème alors que les femmes favoriseraient les stratégies centrées sur l'émotion

(Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath, & Monnier, 1994; Ptacek, Smith, & Zanas, 1992). Si on ramène le phénomène au niveau du couple, il ne serait pas surprenant que les hommes et les femmes utilisent des stratégies de coping complémentaires pour maintenir l'équilibre conjugal. Il est donc possible de s'attendre à des différences individuelles entre les femmes et leur partenaire.

Il semble également que ce ne serait pas seulement la socialisation qui fait en sorte que les hommes et les femmes sont différents quant à leur façon de faire face à l'adversité. Ce phénomène s'expliquerait également par les sources de stress auxquelles les deux sexes seraient exposés. Les hommes seraient plus susceptibles de subir des stress relatifs à leur emploi, tandis que pour les femmes, le stress viendrait davantage des sphères relatives à la famille et à la santé (Hobfoll et al., 1994; Pearlin & Schooler, 1978). Par conséquent, il est normal que les hommes utilisent des modes de coping différents puisque la source de stress est différente. Le domaine du travail étant considéré comme un stress sur lequel l'individu peut jouir d'un certain contrôle il est normal que l'homme utilise des stratégies considérées comme plus efficaces dans ce cas, soit celles centrées sur le problème. Le phénomène est sensiblement le même pour les femmes. Alors que la famille ou la santé représente des sources incontrôlables de stress, ce n'est donc pas surprenant que les femmes utilisent davantage des stratégies centrées sur l'émotion.

En résumé, des études sous-tendent que les modes de coping diffèrent selon le genre, alors que d'autres résultats suggèrent qu'il n'y a pas de différence de genre particulière dans les styles de coping, mais que les stress auxquels les hommes et les

femmes font face sont différents et requièrent des stratégies de coping différentes pour bien gérer les demandes relatives à la situation et avoir une adaptation satisfaisante.

Le Coping Considéré dans une Perspective Transactionnelle dans l'Expérience du Cancer du Sein

L'ensemble des études effectuées sur le vécu de couple au cancer du sein focalisent sur l'ajustement émotionnel individuel des deux conjoints à la maladie et non sur l'ajustement conjugal comme tel. Il est donc difficile d'identifier clairement et empiriquement quelles sont les stratégies de coping qui sont le plus favorables à l'ajustement conjugal.

Néanmoins, considérant le bouleversement entraîné par un cancer et la menace à la stabilité conjugale, voire à la satisfaction conjugale et que le style de coping adopté peut influencer la façon de gérer ce bouleversement, des auteurs ont tenté de vérifier s'il y avait une relation significative entre les styles de coping et la satisfaction conjugale.

O'Mahoney (1997) a effectué une étude auprès de 42 couples dont la femme avait reçu un diagnostic de cancer du sein 1 à 26 mois auparavant. La satisfaction conjugale des femmes était plus influencée par l'utilisation d'auto-contrôle (*self-controlling*) et de recherche de soutien social. Pour les hommes, l'utilisation de techniques de distanciation était associée à une satisfaction conjugale plus faible et l'utilisation de réévaluation positive était associée à une satisfaction conjugale élevée. De plus, les résultats démontrent que le coping de la femme est en lien avec la satisfaction conjugale de l'homme. Cependant, aucune corrélation n'est ressortie entre le coping des conjoints et la

satisfaction des femmes. Les résultats de cette étude soulignent le besoin d'examiner le sexe comme variable importante dans le processus d'ajustement du couple aussi bien que les rôles différents joués par la patiente et son partenaire au cours de la maladie.

Dans un même ordre d'idées, Ptacek et al. (1994) ont étudié 36 femmes souffrant du cancer du sein (en cours de traitement de radiothérapie) et leur conjoint. Ils ont examiné comment la santé mentale et la satisfaction conjugale étaient en lien avec les habiletés de coping des deux partenaires et la perception que chacun avait du coping de l'autre. Leurs résultats démontrent que les stratégies de coping d'autocritique, de « *wishful thinking* » et d'évitement ont un impact négatif sur la santé mentale des deux conjoints. Pour les femmes, la centration sur le problème et la recherche de soutien social favorisent leur ajustement. En ce qui a trait aux hommes, les résultats indiquent que ces derniers utilisent davantage les stratégies centrées sur le problème, mais que c'est la recherche de soutien comme stratégie d'adaptation qui est le plus en lien positivement avec la relation conjugale et la santé mentale, tandis que l'autocritique et l'évitement le sont négativement. Les résultats de cette étude démontrent également que certaines stratégies utilisées par les femmes sont en lien avec la satisfaction des hommes et vice versa. Les hommes dont la femme utilise davantage de stratégies de coping centrées sur le problème et moins d'évitement ont un niveau de satisfaction conjugale plus élevé. Puis, les femmes dont le conjoint utilisent davantage de stratégies centrées sur le problème et moins de « *wishful thinking* » ont un niveau de satisfaction plus élevé.

Lichtman et al. (1987) ont trouvé, pour leur part, que la réponse des conjoints à la maladie est un prédicteur important de l'ajustement conjugal tout comme l'est la perception que chacun des partenaires a à propos des comportements de coping de son conjoint. L'ajustement de la patiente et ses comportements de coping ne sont que légèrement associés à son ajustement conjugal, alors que pour les hommes le fait de percevoir que leur femme s'adapte bien et utilise des stratégies efficaces est significativement en lien avec leur ajustement conjugal. De plus, pour la femme, le fait de considérer son conjoint comme soutenant est significativement relié à son ajustement conjugal. Ainsi, selon ces résultats, le coping individuel de chaque conjoint tel qu'il se perçoit n'a pas d'effet sur la satisfaction conjugale alors que la perception des stratégies que l'autre utilise semble un prédicteur important de l'ajustement conjugal.

L'ensemble des résultats cités ici démontre l'importance de tenir compte des modes de coping utilisés par les deux conjoints lorsqu'ils est question de l'ajustement à la maladie. Ainsi, face au cancer du sein, le coping doit être considéré comme un processus dynamique à l'intérieur duquel chaque effort de coping d'un partenaire influence son propre ajustement à la maladie, l'ajustement de son partenaire et la relation dans son ensemble (Lichtman et al., 1987; O'Mahoney, 1997; Ptacek et al., 1994).

La théorie du coping dyadique semble, elle aussi, s'appliquer aux couples dont la femme est atteinte du cancer du sein puisque certaines études suggèrent que les couples qui ont des styles de coping qui vont dans le même sens montrent un niveau de fonctionnement conjugal plus satisfaisant que les couples qui ont des styles de coping

non congruents ou opposés à leur style de coping respectif (Lewis & Deal, 1995; Skerret, 1998). En fait, les couples qui mettent leurs efforts en commun pour équilibrer leur relation et faire face à la maladie ensemble sont plus susceptibles de s'adapter adéquatement (Skerret, 1998).

Dans une étude effectuée auprès de 49 femmes atteintes de cancer (toutes catégories confondues) Kayser et al. (1999) ont trouvé que les femmes qui perçoivent la relation avec leur partenaire comme mutuelle, c'est-à-dire une expression des émotions et des pensées réciproques ainsi que des activités en commun, sont plus susceptibles d'évaluer leur qualité de vie comme étant plus élevée et d'avoir un niveau de dépression plus bas. Toujours selon ces auteurs, il est très compréhensible qu'une femme qui a le cancer et qui est dans une relation non mutuelle se sente émotionnellement seule et déprimée durant le temps où elle a le plus besoin de soutien.

En fait, il est évident que le soutien du conjoint constitue un apport principal. Le conjoint peut être vu non seulement comme une source directe de soutien c'est-à-dire comme une source de réconfort émotionnel et un soutien matériel mais il peut représenter un renforçateur positif quant aux stratégies privilégiées. Il est aussi important pour le couple que les conjoints préservent la sensation d'un soutien réciproque (Rolland, 1994).

En somme, il est difficile d'identifier clairement et empiriquement quels sont les modes de coping qui sont le plus favorables à l'ajustement conjugal. Il s'agit d'un phénomène complexe dans lequel non seulement les stratégies de coping de l'individu entrent en ligne de compte à un niveau individuel, mais également celles du partenaire à

un niveau transactionnel. Certaines études suggèrent que le fait d'avoir des modes de coping similaires est en lien avec une satisfaction conjugale plus élevée alors que d'autres observent que les couples utilisent davantage des modes complémentaires. Aussi, il semble que les stratégies de coping utilisées par chacun des partenaires sont possiblement déterminantes de la satisfaction conjugale de l'autre partenaire.

Donc, considérant l'influence non négligeable de l'aspect conjugal lorsqu'il est question du coping et la pertinence de voir le cancer comme une maladie entraînant des stratégies de coping spécifiques, la présente étude vise à mieux comprendre l'influence de ces stratégies sur la satisfaction conjugale. Plus précisément, l'objectif est d'étudier de quelle façon les styles de coping spécifiques au cancer (centration sur le positif, la recherche/utilisation de support social, la distanciation la fuite/évitement cognitif et la fuite/évitement comportemental) sont reliées à la satisfaction conjugale. Dans cette perspective, la mesure de coping est prise à l'aide d'un instrument adapté pour le cancer. En vertu de l'aspect exploratoire de cette étude, les questions de recherche suivantes sont posées.

Les Questions de Recherche

1. Y a-t-il des différences ou des ressemblances quant aux choix des stratégies adoptées par les femmes et les hommes?
2. a) Est-ce que les stratégies de coping spécifiques au cancer utilisées par les femmes expliquent une part significative de la variance de leur satisfaction conjugale?

- b) Est-ce que les stratégies de coping spécifiques au cancer utilisées par les hommes expliquent une part significative de la variance de leur satisfaction conjugale?
- 3. a) Est-ce que les stratégies de coping spécifiques au cancer utilisées par les femmes expliquent une part significative de la variance de la satisfaction conjugale des hommes?
- b) Est-ce que les stratégies de coping spécifiques au cancer utilisées par les hommes expliquent une part significative de la variance de la satisfaction conjugale des femmes?

Méthode

Les sections à venir présentent, dans l'ordre, le mode de sélection et le recrutement des participants, les caractéristiques de l'échantillon ainsi que les instruments de mesure utilisés pour la cueillette de données.

Participants

Les participants ont été sélectionnés à partir du registre des tumeurs du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRTR), grâce à la collaboration du service des archives. Les femmes ciblées étaient celles ayant reçu un diagnostic de cancer du sein au CHRTR depuis plus de 6 mois. Ce délai avait pour but d'éliminer les candidates dont le diagnostic était trop récent; les six premiers mois représentant la période de choc. De plus, afin de rencontrer une certaine homogénéité dans le vécu des couples, les femmes de plus de 60 ans ont été exclues. Finalement, pour être éligible à l'étude, les femmes devaient être en couple avec la même personne qu'au moment du diagnostic.

Le recrutement des participants s'est déroulé comme suit. Dans un premier temps, une lettre sollicitant la participation volontaire des couples et leur expliquant le but de l'étude a été envoyée. Par la suite, les femmes intéressées à collaborer à l'étude recevaient une enveloppe contenant une série de questionnaires pour elle, une série pour leur partenaire et deux enveloppes-retour individuelles.

Dans un deuxième temps, une relance a été effectuée dans le but de recruter un plus grand nombre de participants. Pour ce faire, les femmes n'ayant pas montré d'intérêt lors du premier envoi ont reçu une deuxième lettre. Également, les femmes de plus de 60 ans ont été ajoutées à la liste. Cependant, cette fois-ci, la lettre demandait la collaboration des femmes, de leur conjoint ou des deux.

Au total, 164 femmes ont reçu une lettre leur demandant de participer à la présente étude. Il est important de noter que cet échantillon potentiel n'était pas exclusivement composé de femmes mariées ou vivant en situation de couple. Il incluait également les femmes veuves, célibataires, divorcées, séparées ou en communauté. De plus, parmi les envois, il y avait des mauvaises adresses, ce qui signifie que certaines femmes n'ont jamais reçu la lettre. Ainsi, sur les 164 candidates, 57 femmes se sont montrées intéressées (34, 8%). De ce nombre, six femmes n'étaient pas éligibles (n'étant pas en couple ou avec leur conjoint actuel lors du diagnostic) pour un total de 51 femmes intéressées.

Sur les 102 questionnaires postés (51 femmes et leur conjoint), 67 personnes ont retourné leur questionnaire (65.7%). De ce nombre, 27 couples et 13 femmes ont retourné leur questionnaire sans que leur partenaire ait participé. Du reste, 3 femmes ont été éliminées puisqu'elles ont spécifié qu'elles n'étaient pas en couple ou avec le même conjoint qu'au moment du diagnostic. Quatre femmes se sont retirées de l'étude, considérant ne plus être disposées à répondre aux questionnaires (rechute,

recommencement des traitements,...) et quatre couples n'ont pas retourné leurs questionnaires, même après deux rappels téléphoniques.

Donc, l'échantillon est composé de 27 couples (27 femmes et leur conjoint) et de 13 femmes dont le partenaire n'a pas participé à l'étude ($N = 67$). Les analyses ayant fait ressortir une corrélation entre les scores à l'échelle d'ajustement dyadique (variable dépendante) des femmes et de leur conjoint, les couples ont été pairés pour les fins d'analyses statistiques. Notons cependant, qu'à titre exploratoire, des analyses complémentaires ont été effectuées à partir de l'échantillon féminin global. Cette section sera présentée à la fin des résultats.

Il importe de souligner que la taille de l'échantillon s'explique par la spécificité du sujet de recherche ainsi que par la disponibilité et l'accessibilité limitée des femmes touchées par le cancer du sein. Notons que l'échantillon est cependant comparable à celui de plusieurs études citées précédemment.

L'âge des participants s'étendait de 34 à 62 ans pour les femmes ($M = 50.6$ ans, $ET = 7.19$) et de 33 à 67 ans pour les hommes ($M = 54$ ans, $ET = 7.26$). En moyenne, les femmes avaient reçu leur premier diagnostic depuis 2.25 ans ($ET = 1.8$ ans). Les couples avaient une durée moyenne de vie commune de 26.4 ans ($ET = 10.63$ ans). La majorité des couples étaient mariés depuis plus de 31 ans.

Instruments de Mesure

Le protocole administré à chaque participant comporte une formule de consentement, un questionnaire d'informations générales; une mesure de coping soit le Ways of Coping-Cancer (Dunkel-Schetter et al., 1992), ainsi qu'une mesure de satisfaction conjugale, l'Échelle d'ajustement dyadique (Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986). L'ensemble des questionnaires pouvait être complété en 30 minutes approximativement. Chaque partenaire recevait la consigne de répondre individuellement à leurs questionnaires respectifs et de ne pas discuter de leurs réponses entre eux.

Le Questionnaire d'Informations Générales

Ce questionnaire permettait de recueillir les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, occupation), de connaître certaines variables psychosociales (nombre d'années de vie commune, autres maladies que le cancer, autres sources de stress) et d'obtenir les renseignements relatifs à la maladie (stade du cancer, temps écoulé depuis le diagnostic, type de chirurgie reçue, phase de la maladie, utilisation de ressources complémentaires aux traitements médicaux).

Le Ways of Coping- Cancer

Les stratégies de coping utilisées par les participants ont été mesurées à partir de la version française du Ways of Coping-Cancer (WOC-CA) (Dunkel-Schetter et al. 1992). Il s'agit d'un questionnaire composé de 49 items regroupés en 5 sous-échelles de coping soit la centration sur le positif, la recherche/utilisation de soutien social, la distanciation, la fuite/évitement cognitif et la fuite/évitement comportemental. Les répondants doivent

indiquer leur fréquence d'utilisation de chacune des stratégies à l'aide d'une échelle de type Likert allant de « Ne s'applique pas/Jamais (0) » à « Très souvent (4) ». Plus précisément, la consigne était la suivante : « Dans les six derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé les moyens suivants pour faire face à votre cancer ou celui de votre conjointe? Encerchez votre réponse. » Les énoncés qui suivent représentent des exemples d'items : « J'ai espéré qu'un miracle se produise », « J'ai recherché de la sympathie et de la compréhension », « J'ai fait un plan d'action et je l'ai suivi ».

Dans la version originale anglaise du Ways of Coping-Cancer, les coefficients de consistance interne (alpha de Cronbach) de chacune des sous-échelles étaient les suivants : recherche/utilisation de soutien social = .86, distanciation = .80, centration sur le positif = .85, fuite/évitement cognitif = .78, fuite/évitement comportemental = .74. Traduit avec la permission de l'auteure, la version française du questionnaire possède un alpha de Cronbach de .90. En ce qui a trait aux sous-échelles, les coefficients de cohérence interne obtenus sur l'échantillon de recherche vont comme suit : recherche/utilisation de soutien social = .84, distanciation = .64, centration sur le positif = .83, fuite/évitement cognitif = .79, fuite/évitement comportemental = .55.

L'Échelle d'Ajustement Dyadique

La version française du Dyadic Adjustment Scale de Spanier (1976), traduite et adaptée au contexte québécois par Baillargeon, Dubois et Marineau (1986), a été utilisée pour mesurer la satisfaction conjugale. Cet instrument est basé sur la théorie voulant que l'ajustement dyadique soit un processus constitué de quatre composantes soit la

satisfaction par rapport à la relation, le consensus à propos des valeurs et activités, la cohésion à l'intérieur du couple et l'expression des émotions. Les quatre composantes représentent les quatre sous-échelles de l'instrument. Ses 32 items permettent de calculer un score total d'ajustement dyadique (variant de 0 à 151) pour chacun des conjoints. Un score supérieur à 100 reflète un bon ajustement à l'intérieur du couple. La fidélité de cet instrument a été éprouvée dans plusieurs études. De façon générale les coefficients alpha obtenus oscillent entre .91 et .96. Ce coefficient est de .93 dans la présente étude. L'alpha de Cronbach est de .87 pour la satisfaction; .88 pour le consensus, .58 pour la cohésion et finalement, .74 pour l'échelle d'expression affective. Cet instrument a été choisi en raison de ses qualités psychométriques, sa simplicité d'administration et sa durée de passation relativement brève (7 à 10 minutes).

Résultats

Cette section de résultats présente, dans un premier temps, les analyses effectuées à partir des 27 couples et, en second lieu, les analyses effectuées, à titre exploratoire, sur le total des 40 femmes.

Analyses Descriptives

Caractéristiques Médicales

En ce qui a trait au stade de gravité de la maladie, la majorité des femmes se situait aux stades 1 et 2 de la maladie, deux d'entre elles se trouvaient à des stades avancés, c'est-à-dire, 3 et 4 et 12 femmes ne l'ont pas spécifié. Pour ce qui est du type de chirurgie reçue, 14 femmes avaient subi une chirurgie conservatrice du sein et 6 avaient eu une mastectomie complète. Les sept autres femmes ne spécifiaient pas la nature de leur intervention chirurgicale si ce n'est pour dire que la tumeur avait été enlevée. En ce qui a trait aux traitements adjuvants, 9 femmes avaient reçu des traitements de radiothérapie uniquement et 18 avaient reçu une combinaison de radiothérapie et de chimiothérapie. La majorité des femmes avaient complété leurs traitements au moment de répondre aux questionnaires quoique 3 d'entre elles étaient encore en traitement. Vingt-trois femmes mentionnaient être dans l'étape du suivi médical et 13 en rémission. Soulignons que 5 des 27 femmes vivaient une récurrence. Le tableau 1 présente toutes les caractéristiques que nous venons de décrire.

Tableau 1
Caractéristiques relatives à la maladie des femmes

Stade de la maladie		Étape de la maladie		Type de chirurgie ou de traitements	
	Nombre (n= 27)		Nombre (n=27)		Nombre (n=27)
Stade 1	5	Traitement	3	Mastectomie complète	6
Stade 2	1	Suivi	23	Chirurgie conservatrice du sein	14
Stade 3	8	Rémission	13	Non spécifié	7
Stade 4	1	Récidive	5	Radiothérapie	9
Non spécifié	12	Phase palliative	2	Radio / chimiothérapie	18

Note : les étapes de la maladie ne sont pas mutuellement exclusives, ce qui signifie qu'une femme peut être, par exemple, en traitement pour une récidive. C'est pourquoi le total de cette colonne n'est pas de 27.

Autres Sources de Stress

En ce qui a trait aux autres sources de stress vécues par les femmes, 7 d'entre elles se sont dit préoccupées par d'autres problèmes outre leur maladie (ex : difficultés conjugales, financières, familiales, relatives à l'emploi ou à l'état de santé du conjoint). Il en est de même pour les hommes puisque 7 d'entre eux ont mentionné avoir d'autres problèmes à gérer en plus de la maladie de leur femme, la nature des difficultés étant sensiblement les mêmes (santé, travail, argent). Finalement, pour ce qui est des autres maladies physiques dans le couple, 5 femmes et 8 hommes ont mentionné des problèmes de santé en plus du cancer (ex : hypertension, diabète, cholestérol, maux de dos, problèmes cardiaques). À partir de ces données, il semble qu'on n'ait pas à parler de

cumul de stress pouvant affecter la façon de s'adapter et ainsi influencer les stratégies d'adaptation utilisées.

Ressources Complémentaires

Nous avons voulu vérifier l'utilisation de ressources complémentaires aux traitements médicaux comme soulagement à la douleur (ex : homéopathie, massothérapie, chiropraxie, naturothérapie, orthothérapie). Huit des 27 femmes avaient recours à ces ressources, ce qui ne diffère pas de la population en général.

Il est important de souligner que sur les 27 femmes, 11 mentionnaient être en consultation ou avoir déjà eu recours à de l'aide professionnelle pour faire face à leur cancer (psychologue, travailleur social, groupe d'entraide), comparativement à 2 hommes. Pour ce qui est du soutien venant des proches, la presque totalité des participants avaient un soutien disponible dans leur entourage (25 femmes et 23 hommes).

La Satisfaction Conjugale

Dans l'ensemble, les scores à l'Échelle d'ajustement dyadique démontrent que les deux conjoints sont satisfaits de leur relation. Les femmes obtiennent une moyenne semblable ($M = 114.59$, $ÉT = 15.95$) à celle de leur conjoint ($M = 117.30$, $ÉT = 16.56$) ($t = .89$, n.s.). Comparativement à la plupart des études qui ont mesuré la satisfaction conjugale avec cet instrument (auprès de couples atteints de cancer ou non), les scores des couples de cet échantillon se situent dans la moyenne.

Les Corrélations entre les Stratégies de Coping Utilisées

Des corrélations ont été effectuées dans le but de vérifier si certaines stratégies étaient reliées entre elles. Plusieurs relations significatives ont ressorties, ce qui suggère que l'utilisation de certaines stratégies vont de pairs avec l'utilisation d'autres stratégies. Le tableau 2 présente les résultats de la matrice de corrélations pour les femmes et le tableau 3 celle des hommes.

Pour les femmes, l'utilisation de la recherche de soutien social est positivement corrélée à la centration sur le positif ($r(26) = .46, p < .01$) et la fuite/évitement cognitif ($r(24) = .37, p < .05$). La distanciation est en lien, elle aussi, avec la fuite/évitement cognitif ($r(23) = .36, p < .05$). Finalement, ils ressort un lien positif entre les deux formes de fuite/évitement ($r(23) = .46, p < .05$). Cependant, l'ensemble de ces corrélations demeure faibles à modérées.

Pour ce qui est des hommes, toutes les stratégies sont inter-reliées excepté la distanciation et la fuite/évitement comportemental. En fait, le soutien est positivement corrélé à la distanciation ($r(25) = .40, p < .05$), la centration sur le positif ($r(26) = .70, p < .001$), la fuite/évitement cognitif ($r(25) = .60, p < .001$) et la fuite/évitement comportemental ($r(25) = .62, p < .001$). Parmi les autres liens positifs, mentionnons la distanciation et la centration sur le positif ($r(26) = .55, p < .01$); la distanciation et la fuite/évitement cognitif ($r(25) = .37, p < .01$); la centration sur le positif et les deux formes de fuite/évitement (cognitif et comportemental). Les résultats étant

Tableau 2

Corrélations entre les scores obtenus aux sous-échelles du

Ways of Coping-Cancer pour les patientes

Stratégies de coping	Distanciation	Centration sur le positif	Fuite/Évitement cognitif	Fuite/Évitement comportemental
Recherche/Utilisation de soutien social	.05 (<i>n</i> = 24)	.46** (<i>n</i> = 26)	.37* (<i>n</i> = 24)	.24 (<i>n</i> = 25)
Distanciation		.03 (<i>n</i> = 25)	.36* (<i>n</i> = 23)	.38 (<i>n</i> = 24)
Centration sur le positif			.34 (<i>n</i> = 25)	.03 (<i>n</i> = 25)
Fuite/Évitement cognitif				.46* (<i>n</i> = 23)

* $p < .05$, ** $p < .01$.

respectivement de $r(26) = .69$, $p < .001$ et $r(26) = .51$, $p < .01$). Finalement, tout comme c'est le cas pour les femmes, il ressort un lien positif significatif entre la fuite/évitement cognitif et la fuite/évitement comportemental ($r(25) = .45$, $p < .05$).

Soulignons qu'aucune stratégie n'apparaît comme étant fortement en opposition avec une autre puisque aucune corrélation négative n'est ressortie tant pour les femmes que pour les hommes.

Tableau 3
Corrélations entre les scores obtenus aux sous-échelles du
Ways of Coping-Cancer pour les conjoints

Stratégies de coping	Distanciation	Centration sur le positif	Fuite/Évitement cognitif	Fuite/Évitement comportemental
Recherche/Utilisation de soutien social	.40* (n = 25)	.70*** (n = 26)	.60*** (n = 25)	.62*** (n = 25)
Distanciation		.55** (n = 26)	.37* (n = 25)	.25 (n = 25)
Centration sur le positif			.69*** (n = 26)	.51** (n = 26)
Fuite/Évitement cognitif				.45* (n = 25)

*p<.05., **p<.01., ***p<.001.

Question 1 : Les Différences Quant aux Stratégies

Privilégiées par les Hommes et par les Femmes

Afin de vérifier si les candidats étaient indépendants l'un de l'autre, une corrélation entre les scores de satisfaction conjugale des deux conjoints a été effectuée. Le lien étant significatif ($r(27) = .53, p < .001$) les analyses qui suivent ont été réalisées en considérant un couple comme étant un participant. Le tableau 4 présente les moyennes et écarts-types pour chacune des cinq stratégies de coping pour les femmes et les hommes et les différences pour chacun des sexes.

Tableau 4

Moyennes et écart-types des scores obtenus aux sous-échelles du Ways of Coping-Cancer

Stratégies de coping	Femmes (<i>n</i> =27)		Hommes (<i>n</i> =27)		<i>Test-t</i> <i>pairés</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Recherche/Utilisation de soutien social	2.19	.74	1.69	.83	<i>t</i> (24) = .28**
Distanciation	2.39	.54	1.89	.55	<i>t</i> (23) = .30**
Centration sur le positif	2.21	.80	1.53	.93	<i>t</i> (26) = .32**
Fuite/Évitement cognitif	1.73	.80	1.20	.67	<i>t</i> (23) = .26*
Fuite/Évitement comportemental	1.10	.59	.85	.44	<i>t</i> (23) = .17, n.s.

p*<.05, *p*<.01.

Dans nos données, les femmes ont recours à plus de stratégies différentes que les hommes pour faire face à leur maladie. Plus spécifiquement, les test-t *pairés*, effectués à partir des scores moyens obtenus à chacune des sous-échelles de coping du WOC-CA, démontrent qu'en moyenne, les femmes recherchent davantage de soutien social que leur partenaire (*t*(24) = .28, *p* < .01). Elles utilisent significativement plus la distanciation (*t*(23) = .30, *p* < .01), la centration sur le positif (*t*(26) = .32, *p* < .01) ainsi que la fuite/évitement cognitif (*t*(23) = .26, *p* < .05). Pour ce qui est de la fuite/évitement comportemental, les femmes semblent utiliser cette stratégie autant que les hommes puisqu'il n'y a pas de différence significative entre les deux moyennes (*t*(23) = .17, n.s.).

Si on regarde maintenant les résultats des femmes et des hommes en fonction de la priorité d'utilisation, on constate que la stratégie de distanciation vient au premier rang autant pour les femmes que pour les hommes. L'ordre varie selon le sexe, par la suite. Les femmes privilégient la centration sur le positif avant la recherche/utilisation de soutien social alors que c'est l'inverse pour les hommes. Dans les deux cas, la fuite/évitement cognitif et la fuite/évitement comportemental se placent respectivement à l'avant-dernier et au dernier rang (se référer au tableau 4 pour voir les moyennes selon le genre).

Dans le but de vérifier si les stratégies qu'utilisent les femmes sont en lien avec celles des hommes et de déterminer si des styles conjugaux ressortent, des corrélations ont été effectuées. Aucun résultat significatif n'est ressorti. Il semble donc que les stratégies privilégiées par chacun des deux partenaires ne sont pas en lien, ce qui ne permet pas de dresser des profils conjugaux.

Les Analyses Inférentielles

Question 2

Avant d'effectuer l'analyse de régression, les corrélations entre les différentes stratégies de coping et l'ajustement conjugal ont été étudiées afin d'éliminer les stratégies n'étant pas en lien et de diminuer le nombre de variables dans la régression, étant donné le nombre de participants. Aucune corrélation significative n'est ressortie. Une analyse de régression a tout de même été effectuée pour les hommes et les femmes séparément. Celle-ci a confirmé que les variables de coping n'expliquent pas significativement la variance de la satisfaction conjugale tant pour les hommes que pour les femmes.

Toutefois, si on regarde plus spécifiquement les corrélations entre les sous-échelles des deux instruments de mesure, deux corrélations significatives ressortent. Chez les femmes, l'utilisation de fuite/évitement comportemental est négativement en lien avec les sous-échelles de satisfaction ($r(23) = -.36, p < .05$) et de l'expression affective ($r(24) = -.34, p < .05$). Bien que significatives, ces deux corrélations sont toutefois relativement faibles. Pour ce qui est des hommes, aucune corrélation entre les sous-échelles des deux instruments de mesure n'est ressortie non plus.

Question 3

Aucune corrélation significative n'est ressortie entre les stratégies de coping de chacun des conjoints et la satisfaction conjugale de l'autre. Les analyses de régression se sont également avérées non significatives. Cependant, il est intéressant de noter qu'il est ressorti deux relations significatives lors de l'analyse des corrélations hommes-femmes entre les sous-échelles des deux instruments. L'utilisation par les femmes des deux formes de fuite/évitement est négativement en lien avec les scores à deux sous échelles de l'Échelle d'ajustement dyadique chez les hommes. D'abord, le score des hommes à l'échelle de l'expression affective est négativement en lien avec l'utilisation de la fuite/évitement comportemental par les femmes ($r(25) = -.45, p < .05$). Ensuite, le score de cohésion des hommes et l'utilisation de fuite/évitement cognitif chez les femmes ressort également comme étant en lien négativement ($r(25) = -.44, p < .05$).

Analyses Complémentaires

À titre exploratoire, des analyses supplémentaires ont été effectuées à partir de l'échantillon féminin global, c'est-à-dire, en ajoutant aux 27 premières, les 13 femmes dont le mari n'avait pas participé à l'étude.

Des analyses de comparaison de moyennes ne démontrent pas de différence significative entre les deux sous-groupes de femmes en ce qui a trait à l'âge, au temps écoulé depuis le diagnostic et à la durée de vie commune. Toutefois, les analyses révèlent que les 13 femmes dont le conjoint n'avaient pas participé à l'étude, obtiennent un score de satisfaction conjugale significativement plus faible ($M = 100.31$, $ÉT = 16.17$) que les 27 autres femmes ($M = 114.59$, $ÉT = 15.96$) ($t(38) = 2.64$, $p < .05$). Le tableau 5 présente les résultats obtenus à partir de l'analyse de régression.

Les stratégies de coping expliquent une part significative (33%) de la variance de la satisfaction conjugale ($F(5,27) = 2.79$, $p < .05$). Trois stratégies de coping sont en lien linéairement avec la satisfaction conjugale (recherche/utilisation de soutien social, centration sur le positif, fuite/évitement comportemental), la première l'étant positivement et les deux autres l'étant négativement.

Tableau 5
Coefficients de régression des stratégies de coping
sur la satisfaction conjugale des 40 femmes

Stratégies de coping	B	Bêta	<i>t</i>
Recherche de soutien social	1.00	.46*	2.14
Distanciation	.16	.06	.32
Centration sur le positif	-1.17	-.45*	-2.22
Fuite/Évitement cognitif	.83	.34	1.53
Fuite/Évitement comportemental	-1.99	-.63**	-3.12

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Les résultats présentés ci-haut sont discutés dans la section qui suit.

Discussion

L'objectif de la présente étude était de mieux comprendre la nature du lien entre les stratégies de coping spécifiques au cancer et la satisfaction conjugale. Plus spécifiquement, elle visait à identifier si ces modes de coping sont prédicteurs de la satisfaction conjugale de façon individuelle et/ou transactionnelle. Cette recherche avait également pour but de faire ressortir les stratégies de coping des hommes et des femmes et de vérifier si les conjoints privilégient davantage des modes de coping similaires ou non. La discussion qui suit s'attardera aux raisons pouvant expliquer les résultats obtenus. Par la suite, les limites de la présente étude seront mises en évidence et finalement, les orientations possibles pour les recherches futures seront présentées.

Impact du Cancer du Sein sur la Satisfaction Conjugale

En dépit des multiples stress et demandes relatives au cancer du sein, les couples de cette étude ont un niveau d'ajustement dyadique se situant dans la moyenne de satisfaction conjugale de la population non atteinte de cancer. Leur score de satisfaction est également comparable aux autres recherches effectuées sur le sujet (Hannum et al., 1991; Lichtman et al., 1987; Ptacek et al., 1994). Ainsi, les résultats démontrent que même si le cancer constitue une menace à l'équilibre conjugal, il n'en résulte pas automatiquement une diminution de la satisfaction par rapport à cette relation.

Cependant, ce niveau de satisfaction élevé peut s'expliquer par le fait qu'il est possible que les femmes hésitent à évaluer négativement leur relation dans un contexte de maladie. En d'autres mots, elles ont peut-être besoin dans la situation qu'elles vivent de considérer leur relation de façon positive. À ce sujet, Lyons, Sullivan et Ritvo (1995) mentionnent d'ailleurs que la peur de perdre une relation à la suite d'une maladie sérieuse peut augmenter la valeur perçue de cette relation.

Dans cette même perspective, il est intéressant de noter que la majorité des couples de l'échantillon avait une durée de vie commune de 31 ans et plus. Si on se réfère aux considérations de Meyerowitz (1980) voulant que les couples se stabilisent en fonction de la durée de la relation, la durée peut donc aussi être invoquée pour expliquer pourquoi les couples dans notre recherche ont un niveau de satisfaction conjugale élevé. En fait, comme l'expliquent aussi Northouse et Swain (1987), la stabilité de la relation fournit possiblement un terrain propice à une bonne adaptation à la maladie et agit ainsi comme modérateur au stress, ce qui limiterait la tension vécue par le couple et les impacts sur la satisfaction conjugale. C'est en ce sens que les couples seraient moins ébranlés par l'expérience de la maladie. En terminant, soulignons cependant que l'absence de données relatives à la satisfaction conjugale avant le diagnostic rend impossible de savoir si ce niveau est comparable ou supérieur au fonctionnement du couple avant la maladie.

Analyses Qualitatives

Les résultats ont démontré que les hommes, tout comme les femmes, sont satisfaits de leur vie de couple, bien qu'ils utilisent, en moyenne, moins de stratégies pour s'adapter, résultats qui confirment ceux de O'Mahoney (1997) et Ptacek et al. (1994).

À première vue, cette différence de genre peut s'expliquer par la nature de l'événement stressant. Même si le cancer demande des efforts d'adaptation de la part des deux conjoints, l'expérience vécue demeure différente pour chacun. C'est la femme qui est malade, qui reçoit les traitements et qui vit les répercussions physiques et émotionnelles qui en découlent, ce qui demande une adaptation différente. Au niveau psychologique, pour la femme, la menace vient du fait qu'elle craint pour sa vie, son intégrité physique et son image corporelle (Heim, 1991). Pour sa part, le conjoint peut se sentir menacé à l'idée de perdre sa conjointe. Il est également préoccupé à maintenir la stabilité qui régnait au sein du couple et de la cellule familiale avant le diagnostic (Blanchard et al., 1996; Northouse & Swain, 1987). Considérant que la source de stress n'est pas la même, il n'est pas surprenant que les réponses de coping soient différentes, ce qui s'inscrit dans le cadre de la théorie de Lazarus et Folkman (1984) voulant que le choix des stratégies de coping soit influencées par les caractéristiques situationnelles de l'événement. Si on regarde ces différences plus en détails selon les stratégies de coping, les explications suivantes semblent plausibles.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce pourquoi les hommes obtiennent des scores moins élevés que leur femme en ce qui a trait à la stratégie de recherche/utilisation de

soutien social. Par exemple, selon certaines études, les hommes recevraient non seulement moins de soutien que leur femme de la part des proches (Cassileth et al., 1985; Northouse, 1988), mais également de la part des médecins et du personnel hospitalier (Northouse, 1988). De plus, il est possible que les hommes perçoivent davantage leur rôle comme pourvoyeur de soutien pour leur femme et leur enfant et qu'ils mobilisent ainsi moins d'énergie à leur propre adaptation. Aussi, le soutien n'est peut-être pas disponible dans l'environnement immédiat des hommes, mais il se peut également que ces derniers ne recherchent pas spécifiquement ce genre d'aide d'autant plus que pour plusieurs hommes, la conjointe représente souvent la principale confidente. Face au cancer du sein, ces derniers sont confrontés au fait que leur femme est moins disponible. Ils perdent ainsi leur principale source de soutien. De plus, il ne faut pas négliger le fait que les demandes de soins et les responsabilités relatives au partage des tâches quotidiennes font en sorte que les hommes disposent de moins de temps pour des interactions sociales et ce, particulièrement lorsque la maladie se prolonge (Cassileth et al., 1985; Ell et al., 1988; Northouse, 1988). Ainsi, il est difficile de savoir clairement si le fait que les hommes utilisent moins de soutien social est relatif au contexte environnemental ou s'il s'agit davantage d'une question d'attitude.

En ce qui a trait à la distanciation, la centration sur le positif et la fuite/évitement cognitif, le fait que les femmes utilisent davantage ces stratégies que les hommes peut s'expliquer comme suit. Ces trois catégories de coping peuvent être considérées comme des stratégies centrées sur l'émotion puisqu'elles ont pour but de moduler l'émotion et non d'agir directement sur le problème. Ces résultats confirment donc, en partie, la théorie de

la socialisation voulant que les femmes utilisent davantage des stratégies centrées sur l'émotion (Hobfoll et al. 1994). Toutefois, dans le WOC-CA, les stratégies centrées sur le problème sont possiblement sous représentées pour affirmer avec certitude que les hommes privilégient davantage ce type de coping. Il ne faut pas perdre de vue cependant que la maladie demeure un stress sur lequel la personne atteinte a peu d'emprise. La femme ne peut enrayer la source du problème, ce qui peut influencer l'utilisation des stratégies centrées sur l'émotion, d'autant plus que cette forme de coping est reconnu pour être plus aidante lorsqu'une personne a peu de contrôle sur l'événement (Pearlin & Schooler, 1978).

Finalement, il est important de noter que les femmes font davantage d'efforts de coping que leur conjoint pour s'adapter à la situation, mais elles n'utilisent pas seulement des moyens dits psychologiques. En plus de leurs traitements médicaux, un tiers des répondantes avaient également recours à des ressources non médicales (ex. : chiropraxie, massothérapie, homéopathie, naturothérapie, orthothérapie, ...) dans le but de retrouver un équilibre psychologique acceptable et d'atteindre une qualité de vie supérieure. Ainsi, face à une situation aussi stressante que le cancer, les femmes déploient toute une gamme de moyens, tant physiques que psychologiques. C'est pourquoi il est difficile de cerner les stratégies qui leur permettent de s'adapter au stress du cancer car ces stratégies peuvent être de plusieurs ordres.

Analyses Inférentielles

La présente étude n'a pas permis de démontrer empiriquement le lien entre les stratégies de coping spécifiques au cancer et la satisfaction conjugale, que ce soit au niveau individuel ou transactionnel.

Cette recherche n'a donc pas confirmé les résultats des études antérieures (Hannum et al., 1991; Ptacek et al., 1994; O'Mahoney, 1997). Ces études ayant démontré que certaines stratégies de coping utilisées par la personne prédisent sa propre satisfaction conjugale ou encore que les stratégies utilisées par le conjoint prédisent la satisfaction conjugale de l'autre.

Outre le fait qu'il se peut que ce soient les stratégies ciblées dans l'étude, c'est-à-dire celles spécifiques au cancer, qui ne soient pas en lien avec la satisfaction conjugale, plusieurs facteurs peuvent expliquer les raisons pour lesquelles les analyses de régression se sont avérées non significatives. Mentionnons notamment la taille de l'échantillon, le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic et l'étape de la maladie vécue par la femme lorsqu'elle a participé à l'étude. Au niveau plus théorique, la possibilité que la relation soit curvilinéaire au lieu de linéaire constitue un autre facteur explicatif. Les paragraphes qui suivent explorent ces raisons plus en détail.

La Taille de l'Échantillon

Bien sûr, la taille de l'échantillon a un rôle à jouer dans le fait que les résultats n'ont pas été significatifs. Il se peut, par exemple, que les stratégies de coping spécifiques au

cancer expliquent une part significative de la variance de satisfaction conjugale, mais que le nombre de participants ait limité la puissance statistique.

Le Temps Écoulé Depuis l'Annonce du Diagnostic

En moyenne, il s'était écoulé 2.25 ans depuis l'annonce du premier diagnostic. Ce laps de temps peut expliquer les résultats non significatifs dans le sens que certains auteurs considèrent que le cancer est une crise résolue à l'intérieur d'une année (Hannum et al., 1991; Vinokur et al., 1989). Selon ce point de vue, lorsque la période de crise est passée, les demandes d'adaptation seraient moins présentes et intenses. Ainsi, les individus ressentiraient possiblement moins l'urgence de s'adapter. Cependant, cette explication est discutable puisque la question soulève des points de vue différents dans littérature. Par exemple, selon Walker (1997), la période d'adaptation au cours de laquelle les couples demeurent dans un processus d'ajustement peut s'étendre jusqu'à trois ans suivant la chirurgie, puisque la peur de la récurrence est toujours présente.

En fait, il est difficile de savoir la véritable durée du processus de rétablissement psychologique des femmes et de leur conjoint face au cancer du sein et à partir de quel moment les individus considèrent l'expérience de la maladie comme chose du passé et ne font plus d'efforts d'adaptation en ce sens. Davantage d'études devraient être réalisées pour mieux comprendre ce phénomène (O'Mahoney & Carroll, 1997).

Le temps écoulé depuis le diagnostic n'est pas le seul facteur à entrer en ligne de compte lorsqu'il est question d'un changement au niveau des demandes relatives à la

maladie. Il en est de même pour l'étape de la maladie. Le fait que la majorité des femmes étaient en rémission lorsqu'elles ont participé à l'étude mérite une attention.

L'Étape de la Maladie

Les auteurs s'entendent pour dire que les traitements amènent des perturbations physiques et une détresse émotionnelle pour la personne atteinte. Toutefois, ces effets ne sont pas apparents lorsque les traitements sont complétés (Meyerowitz et al., 1979; O'Mahoney & Carroll, 1997). Par conséquent, il est possible que les stratégies de coping aient une influence plus importante sur le vécu des personnes au début de leur maladie car c'est à ce moment que la menace est le plus intense et que les demandes d'adaptation risquent d'être les plus nombreuses. De plus, selon les théories du coping (Lazarus & Folkman, 1984; Parle & Maguire, 1995), une personne doit d'abord percevoir la situation comme une menace pour sentir le besoin d'y faire face et de choisir une stratégie qui lui permettra de diminuer le malaise ou de l'aider à se sentir mieux. Il est donc possible que la rémission constitue une étape plus calme et moins demandante au niveau de l'adaptation. Toutefois, le retour au rythme de vie d'avant la chirurgie peut lui aussi occasionner des stress susceptibles de rendre cette période relativement difficile (Carter, 1994; Northouse & Swain, 1987).

Les Corrélations Curvilinéaires

De plus en plus d'études considèrent que le lien entre le coping et le bien-être n'est peut-être pas uniquement linéaire, mais également curvilinéaire. En d'autres mots, ce ne serait pas le nombre de fois qu'une stratégie est utilisée qui la rendrait efficace mais il

s'agirait plutôt d'un équilibre adaptatif. Ainsi, le fait de peu utiliser une stratégie limite son impact sur l'adaptation. À l'inverse, toute stratégie utilisée en trop grande quantité, de façon systématique et/ou rigide nuit à l'adaptation. Il est ainsi possible que les stratégies de coping spécifiques au cancer soient en lien avec la satisfaction conjugale de façon curvilinéaire, ce qui expliquerait pourquoi les corrélations de type linéaire se sont avérées non significatives.

Finalement, il est possible que le coping soit un concept individuel, en lien avec le bien-être psychologique et que ses effets soient différents sur la satisfaction conjugale. Cela expliquerait pourquoi le coping n'est pas significativement relié à la satisfaction conjugale dans la présente étude.

Analyses Complémentaires

Les analyses effectuées à partir des 40 femmes démontrent que les stratégies de coping spécifiques au cancer expliquent une part significative de leur satisfaction conjugale. Ces résultats laissent entrevoir la possibilité que c'est peut-être simplement la taille de l'échantillon qui a fait en sorte que les résultats se sont avérés non significatifs pour les 27 femmes.

Cependant, il est possible que les 13 femmes qui ont été ajoutées pour les analyses complémentaires contribuent à rendre l'échantillon plus représentatif. En fait, même si les femmes se ressemblent quant aux variables relatives à l'âge, au temps écoulé depuis le diagnostic et à la durée de la relation conjugale, il n'en demeure pas moins qu'elles ont tout de même une différence significative quant à leur niveau de satisfaction conjugale.

Plus spécifiquement, les 13 femmes obtiennent un score de satisfaction conjugale à la limite du seuil de difficultés conjugales déterminé par Spanier (1976). C'est donc en ce sens que les 13 femmes contribuent à la représentativité de l'échantillon puisque l'échantillon des 40 femmes est composé de femmes satisfaites au niveau conjugal et de femmes qui ne le sont pas.

Considérant que l'hypothèse a été confirmée pour les femmes et non pour les hommes, il est difficile de savoir si ce résultat est attribuable à la taille de l'échantillon ou à une réelle différence de genre. Il est possible également que ce soit les stratégies spécifiques au cancer qui ne s'appliquent pas dans le cas des hommes, considérant que ce ne sont pas eux qui sont malades.

Forces et Faiblesses de l'Étude

Comme il a déjà été mentionné, la taille restreinte de l'échantillon demeure une faiblesse de cette étude. Le nombre de participants ayant limité, d'une part, les analyses statistiques plus poussées et, d'autre part, la généralisation des résultats.

Outre la taille restreinte de l'échantillon, la validité de notre version française du Ways of Coping-Cancer (Dunkel-Schetter et al., 1992) peut également être remise en cause. Bien qu'à la base, l'originalité de cette étude fut de disposer d'un instrument de mesure spécifique au cancer, l'instrument en question constitue une principale lacune de cette recherche.

Le fait d'avoir un instrument d'évaluation du coping spécifique au cancer permettait cependant de contrer un reproche adressé aux mesures de coping plus général soit celui d'évaluer le coping sans délimiter une problématique précise. Cependant, la version française de cet instrument n'a pas été suffisamment validée auprès d'une population québécoise. Il est aussi possible que certains items de coping ne s'appliquent pas nécessairement aux deux partenaires dans cet échantillon.

Limites des Résultats

Il est difficile de savoir si nos résultats peuvent être généralisés à toutes les femmes atteintes du cancer du sein. Notre manque d'information sur les caractéristiques des femmes qui n'ont pas participé, nous empêche de savoir si les femmes qui ont accepté de participer à l'étude représente l'ensemble des femmes atteintes du cancer du sein. Il se peut, par exemple, que les femmes de l'échantillon soient celles qui ont des diagnostics moins avancés et qui sont bien ajustées au niveau conjugal. Dans le premier cas, on ne sait pas la proportion de diagnostic avancé chez celles qui n'ont pas répondu. Dans le deuxième cas, il est plausible que les couples qui sont le plus en détresse aient été moins enclins à participer à la recherche. Ainsi, l'échantillon est peut-être composé de couples qui vivent un ajustement positif à la maladie. Donc, la présente étude peut sous-estimer les effets négatifs du cancer du sein sur les couples. Cependant, comme le mentionnent, Manne (1998) et O'Mahoney et Carroll (1997), les couples qui ne fonctionnent pas bien sont très difficiles à recruter. Soulignons également le fait que onze femmes et deux hommes avaient consulté une ressource psychologique pour s'adapter à la maladie au

cours des six derniers mois, ce qui laisse entrevoir la possibilité d'un échantillon davantage clinique.

Orientations de Recherches Futures

Heim (1991) et Kayser et al. (1999) insistent sur l'importance que les psychologues en oncologie comprennent l'influence du coping sur la qualité de vie des femmes atteintes du cancer du sein pour offrir un service professionnel adéquat. Pour ce faire, le coping doit être davantage compris par les chercheurs et les études doivent continuer de cibler quelles stratégies sont adaptatives pour les femmes. De plus, Hilton et al. (2000) mentionnent qu'il est très important de bien connaître le vécu des hommes lors de cette expérience pour être mieux en mesure d'en saisir l'influence sur le vécu des femmes et de là la dynamique qui en découle. Considérant la difficulté, encore aujourd'hui, de départager ce qui est relatif à la situation et à la personnalité en ce qui a trait aux choix de stratégies de coping particulières, il importe en effet, croyons-nous aussi, que les recherches continuent d'étudier cette question qui est centrale dans la compréhension du phénomène.

Si on tient compte du fait que les besoins psychosociaux varient selon les étapes de la maladie, il semble très intéressant d'étudier les personnes atteintes à des périodes spécifiques de la maladie. On serait ainsi plus en mesure de cibler les demandes relatives à chaque étape de la maladie et de mieux voir s'il existe des stratégies adaptatives à certains moments de la maladie et non à d'autre. Bien que permettant de cerner les variables relatives à la situation, le fait de cibler une source de stress très spécifique et

d'étudier une population trop spécifique peut rendre la généralisation des résultats difficile et restreindre notre compréhension globale de l'ensemble du phénomène et du vécu.

Pour leur part, les variables relatives à la personnalité sont elles aussi très difficiles à identifier. L'hypothèse voulant que le coping soit stable dans le temps est très difficile à valider. D'une part, les instruments de mesure ne sont pas toujours constants et d'autre part, les études longitudinales sont ardues.

Les recherches futures bénéficieraient, bien sûr, que l'on identifie la situation stressante à chaque moment spécifique, et que les couples soient évalués immédiatement après le diagnostic, durant les traitements et pendant le processus de rétablissement afin de mieux comprendre les différentes façons qu'ils ont de s'ajuster à chacune des différentes phases et de savoir si le coping varie selon les étapes de la maladie ou s'il est plutôt stable dans le temps.

Cependant, même si les études longitudinales sont une façon souhaitable de mieux comprendre le fonctionnement du coping lors du cancer, le défi principal des futures recherches est d'abord celui de trouver des moyens d'obtenir cette information avec justesse. L'un des problèmes lors de l'évaluation du coping est souvent de ne recueillir les données qu'à un moment précis dans le temps et de façon rétrospective, alors que le processus de coping est continuellement changeant et que ces changements tout comme les conditions entourant la situation, dans ce cas-ci le cancer, sont souvent déterminantes. De plus, il est très difficile de cerner l'ensemble des stratégies utilisées par un individu

dans un seul questionnaire. Sans compter le fait que la classification des stratégies dans chacune des sous-échelles est très discutable. Trop souvent les sous-échelles se recoupent et certains items pourraient facilement se retrouver dans plus d'une catégorie. En fait, une approche qualitative ou, à tout le moins, l'utilisation d'entrevues semi-structurées, permettraient de recueillir des données peut-être plus fidèles au phénomène.

En résumé, même si les besoins des personnes atteintes de cancer sont largement reconnus, il reste encore beaucoup à faire avant que les intervenants puissent s'appuyer sur des bases empiriques fiables et stables pour mieux comprendre le vécu de cette clientèle et intervenir en connaissance de cause. Il importe donc de continuer d'étudier les facteurs modulant l'adaptation afin d'avoir un point d'appui pour l'intervention.

En dernière réflexion, il serait bon également de ne pas sous-estimer le rôle et l'organisation du système des soins de santé tel qu'il est vécu dans notre société comme facteurs pouvant influencer les réactions individuelles face à la maladie. Les variables de ces dimensions sociologique et économique ajoutent sans doute à la complexité de la problématique et ne peuvent être complètement ignorées.

Conclusion

Le cancer du sein entraîne plusieurs demandes d'adaptation, tant pour la femme que pour l'homme. Celles-ci ont des répercussions sur la vie du couple, les sphères plus particulièrement touchées étant le partage des rôles et des responsabilités, la communication et la sexualité. En ce sens, le cancer constitue une menace à l'équilibre conjugal susceptible de générer une tension. La qualité de la relation conjugale peut en être altérée ou améliorée selon certaines variables inhérentes à la maladie, selon le contexte psychosocial et selon certains facteurs psychologiques dont particulièrement le coping.

Facteur clé dans la compréhension de l'adaptation de l'individu face au stress et à la maladie, le coping demeure un phénomène complexe influencé par des variables individuelles comme les traits de personnalité ou le genre et les variables situationnelles comme les caractéristiques relatives à la maladie et les particularités des demandes. À cela s'ajoutent les variables relationnelles, c'est-à-dire l'influence réciproque des conjoints et l'aspect transactionnel du coping.

Pour sa part, la présente étude démontre que dans l'ensemble les femmes ont recours à plus de stratégies de coping différentes que leur conjoint pour faire face à la maladie. Cette différence peut s'expliquer par les caractéristiques situationnelles (Lazarus & Folkman, 1984) et la socialisation (Hobfoll et al. 1994). En effet, même si l'expérience

du cancer se vit à deux, le fait que ce soit la femme qui soit malade implique une adaptation différente pour elle.

Cependant, les résultats obtenus n'ont pas permis d'identifier empiriquement les liens entre les stratégies de coping spécifiques au cancer et la satisfaction conjugale des couples. Les résultats non significatifs peuvent être attribuables, entre autres, à la valeur psychométrique du Ways-of-Coping-Cancer. Le moment auquel la mesure a été prise a possiblement son importance. Il est probable que les stratégies de coping aient une influence plus importante sur le vécu des personnes au début de leur maladie car c'est à ce moment que la menace est le plus intense et que les demandes d'adaptation risquent d'être les plus nombreuses. Il se peut aussi que la relation entre le coping et la satisfaction conjugale soit curvilinéaire et non linéaire. Toutefois, l'absence de résultat significatif peut aussi être attribuée à la taille de l'échantillon puisque les résultats atteignent le seuil de signification pour ce qui est des 40 femmes. Il se peut également que les femmes qui ont été ajoutées (dont le conjoint n'a pas participé à l'étude) contribuent à rendre l'échantillon plus représentatif.

Ainsi, même si l'influence du coping sur le bien-être psychologique est largement reconnu à un niveau individuel, ces effets à un niveau conjugal demeurent méconnus. Les recherches devraient continuer d'étudier la réaction de chaque partenaire non seulement à un niveau individuel, mais aussi à un niveau transactionnel en considérant le couple comme une unité. Une connaissance approfondie de ce phénomène constituerait un atout pour être davantage en mesure d'identifier les personnes susceptibles de vivre des

difficultés d'adaptation et les couples à risque d'être affectés plus négativement par la maladie et ainsi d'être en mesure de mieux intervenir auprès de cette clientèle dont les besoins ne sont plus à prouver.

Références

- Baider, L., Peretz, T., & Kaplan De-Nour, A. (1989). Gender and adjustment to chronic disease : A study of couples with colon cancer. *General Hospital Psychiatry, 11*, 1-8.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'échelle d'ajustement dyadique. *Revue canadienne des sciences du comportement, 18*(1), 25-34.
- Blanchard, C. G., Toseland, R. W., & McCallion, P. (1996). The effects of a problem-solving intervention with spouses of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 14*(2), 1-21.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping : A systemic-transactional view of stress and coping among couple : Theory and empirical findings. *Revue européenne de psychologie appliquée, 47*, 137-140.
- Carlson, L. E., Bultz, B. D., Specia, M., & St-Pierre, M. (2000). Partners of cancer patients : Part 1. Impact, adjustment, and coping across the illness trajectory. *Journal of Psychosocial Oncology, 18*(2), 39-63.
- Carter, B. J. (1994). Surviving breast cancer : A problematic work re-entry. *Cancer Practice, 2*(2), 135-140.
- Carter, R. E., Carter, A. C., & Siliunas, M. (1993). Marital adaptation and interaction of couples after a mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology, 11*(2), 69-82.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer, 73*, 1213-1220.
- Cassileth, B., Lusk, E., Strouse, T., Miller, D., Brown, L., & Cross, P. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer, 55*(1), 72-76.
- Coyne, J. C., & Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic and catastrophic illness. In T. J. Akamatsu, M. A. Parris Stephens, S. E. Hobfoll, & J. Crowther (Éds), *Family health psychology : Social issues and question* (pp. 129-149). Washington : Hemisphere.

- Coyne, J. C., & Smith, D. A. F. (1991). Couples coping with myocardial infarction : Contextual perspective on patient self-efficacy. *Journal of Family Psychology*, 8, 43-54.
- De Ridder, D. (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology and Health*, 12, 417-431.
- Dorval, M., Maunsell, E., Taylor-Brown, J., & Kilpatrick, M. (1999). Marital stability after breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 91(1), 54-59.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1988). Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(4-5), 429-438.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Freedman, T. G. (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17(4), 334-341.
- Friedman, L. C., Baer, P. E., Nelson, D. V., Lane, M., Smith, F. E., & Dworkin, R. J. (1988). Women with breast cancer : Perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 529-540.
- Hannum, J. W., Giese-Davis, J., Harding, K., & Hatfield, A. K. (1991). Effects of individual and marital variables on coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(2), 1-18.
- Heim, E. (1991). Coping and adaptation in cancer. In C. L. Cooper & M. Watson (Éds), *Cancer and stress : Psychological, biological and coping studies*. (pp. 197-235). New York : Jonh Wiley .
- Hilton, B., Crawford, J. A., & Terko, M. A. (2000). Men's perspectives on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. *Western Journal of Nursing Research*, 2000(4), 438-459.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Ben-Porath, Y., & Monnier, J. (1994). Gender and coping : The dual-axis model of coping. *American Journal of Community Psychology*, 22, 49-81.

- Kayser, K., Sormanti, M., & Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer : The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology of Women Quaterly*, 23, 725-739.
- Keitel, M. A., Cramer, S. H., & Zevon, M. A. (1990). Spouses of cancer patients : A review of the literature. *Journal of Counseling and Development*, 69(2), 163-166.
- Klauer, T., Ferring, D., & Filipp, S. H. (1998). "Still stable after all this...?" : Temporal comparison in coping with severe and chronic disease. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 339-355.
- Institut National du Cancer du Canada (2001). (Page consultée le 25 mai 2001). Institut National du Cancer du Canada (En ligne). Adresse URL : <http://www.cancer.ca/stats/currentf.htm>.
- Irvine, D. M. (1996). *Recension critique et méta-analyse de la littérature relative à l'adaptation au cancer du sein*. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services Canada.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, New York : Springer.
- Leiber, L., Plumb, M. M., Gerstenzang, M. L., & Holland, J. (1976). The communication of affection between cancer patients and their spouses. *Psychosomatic Medicine*, 38(6), 379-389.
- Lewis, F. M., & Deal, L. W. (1995). Balancing our lives : A study of the married couple's experience with breast cancer recurrence. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 943-953.
- Lewis, F. M., Ellison, E. S., & Wood, N. F. (1985). The impact of breast cancer on the family. *Seminars in Oncology Nursing*, 1(3), 206-213.
- Lewis, F. M., Hammond, M. A., & Woods, N. F. (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother : The development of an explanatory model. *Journal of Behavioral medicine*, 16(4), 351-370.
- Lichtman, R. R., Taylor, S. E., & Wood, J. V. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3), 47-74.
- Linderman, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lyons, R. F., Sullivan, M. J. L., & Ritvo, P. G. (1995). *Relationship in chronic illness and disability*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Manne, S. (1998). Cancer in the marital context : A review of the literature. *Cancer Investigation*, 16(3), 188-202.

- Margolis, G., Goodman, R. L., & Rubin, A. (1990). Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics*, 31(1), 33-39.
- Massie, M. J., & Holland, J. C. (1990). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In J. C. Holland & J. H. Rowland (Éds), *Handbook of psychooncology : Psychological care of the patient with cancer* (pp. 73-282). New York : Oxford University Press.
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschênes, L. (1989). Psychological distress after initial treatment for breast cancer : A comparison of partial and total mastectomy. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 765-771.
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschênes, L. (1993). Arm problems and psychological distress after surgery for breast cancer. *Journal canadien de chirurgie*, 36, 315-320.
- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychological correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 8, 108-131.
- Meyerowitz, B. E., Sparks, F. C., & Spears, I. K. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. *Cancer*, 43, 1613- 1618.
- Millar, K., Jelcic, M., Bonke, B., & Asbury, A. J. (1995). Assessment of preoperative anxiety : Comparaison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. *British Journal of Anaesthesia*, 74, 180-183.
- Mormont, C. (1992). L'impact psychologique du cancer sur l'entourage : une revue. *Annales medico-psychologiques*, 150(8), 537-555
- Northouse, L. L. (1988). Social support in patient's and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 37(2), 91-95)
- Northouse, L. L. (1989a). A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(4), 511-516.
- Northouse, L. L. (1989b). The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nursing*, 12(5), 276-284.
- Northouse, L. L., Jeffs, M., Cracchiolo-Caraway, A., Lampman, L., & Dorris, G. (1995). Emotional distress reported by women and husbands prior to a breast biopsy. *Nursing Research*, 44(4), 196-201.
- Northouse, L. L., & Swain, M. A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*, 36, 221-225.

- O'Mahoney, J. M. (1997). Patterns of coping in survivors of breast cancer and their partners. (Thèse de doctorat, Northwestern University Medical School). *Dissertation Abstracts International : Section B : The Sciences and Engineering*, 58(11B), 6243.
- O' Mahoney, J. M., & Carroll, R. A. (1997). The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4(4), 397-415.
- Omne-Pontén, M., Holmberg, L., Bergström, R., Sjöden, P. O., & Burns, T. (1993). Psychosocial adjustment among husbands of women treated for breast cancer : Mastectomy vs. breast-conserving surgery. *European Journal of cancer*, 29A(10), 1393-1397.
- Parle, M., & Maguire, P. (1995). Exploring relationships between cancer, coping, and mental health. In B. Curbow & M. R. Somerfield (Éds), *Psychosocial resource variables in cancer studies : Conceptual and measurement issues* (pp. 27-50). New York : Haworth Press.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping : Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Presse universitaire de France.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Ptacek, J. T., Ptacek, J. J., & Dodge, K. L. (1994). Coping with breast cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 47-72.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping : A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60(4), 747-770.
- Razavi, D., Delvaux, N., & Goodman, V. (1998). Les interventions psychologiques. In D. Razavi & N. Delvaux (Éds), *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux* (pp. 109-155). Paris : Masson.
- Reneker, R., & Cutler, M. (1952). Psychosocial problems of adjustment to cancer of the breast. *JAMA*, 148, 833-839.
- Réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein, (1999). Les stades du cancer du sein et leurs traitements *Revue du réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein*, 3(1), 8-11.
- Rolland, J. (1994). *Families, illness, and disability : An integrative model*. New York : Basic

- Skerret, K. (1998). Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Families, Systems and Health, 16*(3), 281-298.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 875-882.
- Stanton, A. L., & Snyder, P. R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology, 12*, 16-23.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality, 64*(4), 711-735.
- Swenson, C., & Fuller, S. (1992). Expression of love, marriage problems, commitment, and anticipatory grief in the marriages of cancer patients. *Journal of Marriage and the Family, 54*, 191-196.
- Vess, J., Moreland, J., & Schwebel, A. (1985). A follow-up study of role functioning and the psychological environment of families of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 3*, 1-14.
- Vinokur, A., Threatt, B., Caplan, R., & Zimmerman, B. (1989). Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer: Long term follow-up of a screening population. *Cancer, 63*(2), 394-405.
- Walker, B. L. (1997). Adjustment of husbands and wives to breast cancer. *Cancer Practice, 5*(2), 92-98.
- Wellisch, D., K., Jamison, K. R., & Pasnau, R. O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy II. The man's Perspective. *American Journal of Psychiatry, 135*(5), 543-546.
- Wellisch, D. K., Schain, W. S., Noone, R. B., & Little, J. W. (1985). Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast. *Plastic and reconstructive surgery, 76*(5), 713-718.
- Zahlis, E., & Shands, M. (1991). Breast cancer: Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology, 9*, 75-93.

Appendice A

Classification diagnostique pour le cancer du sein

Le système de détermination du stade de gravité TNM

Classification de la tumeur (T)

Tis : tumeur non-invasive (in situ)

T1 : tumeur invasive, 2 cm ou moins

T2 : tumeur invasive, entre 2 et 5 cm

T3 : tumeur invasive, plus de 5 cm

T4 : tumeur invasive de toute taille, attachée à ou envahissant les tissus avoisinant, incluant le carcinome inflammatoire

Classification des nodules lymphatiques (N)

N0 : aucune atteinte aux nodules lymphatiques (ganglions), les nodules sont dits négatifs

N1 : atteinte aux nodules lymphatiques à l'aisselle, les nodules lymphatiques sont dits positifs

N2 : nodules lymphatiques de l'aisselle attachés ensembles ou rattachés aux tissus avoisinants

N3 : atteinte aux nodules lymphatiques à côté du sternum

Classification de métastase (M)

M0 : aucune présence de métastase détectée

M1 : atteinte aux nodules lymphatiques au-dessus de la clavicule, ou présence du cancer dans d'autres parties du corps.

Comparaison entre le système de stade 0-IV et le système de détermination du stade TNM

Stade 0

Tis N0 M0

Stade I

T1 N0 M0

Stade II

T1 N1 M0

T2 N0 M0

T2 N1 M0

T3 N0 M0

Stade III

T3 N1-2 M0

Toute T N3 Mo

T4 tout N Mo

Stade IV

Toute T tout N M1